Sandra Odebrecht Vargas Nunes
Márcia Regina Pizzo de Castro
(Organizadores)

Tabagismo

Abordagem, Prevenção e Tratamento

LONDRINA
2011

Catalogação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

T112 Tabagismo : abordagem, prevenção e tratamento / Sandra Odebrecht Vargas Nunes, Márcia Regina Pizzo de Castro (organizadores). – Londrina : Eduel, 2010.
224 p. : il.; 23cm

Inclui bibliografia.
ISBN 978-85-7216-564-8

1. Tabagismo – Prevenção. 2. Fumo – Vício – Tratamento. 3. Saúde pública. I. Nunes, Sandra Odebrecht Vargas. II. Castro, Márcia Regina Pizzo de.

CDU 613.84

Editora da Universidade Estadual de Londrina
Campus Universitário
Caixa Postal 6001
86051-990 Londrina PR
Fone/Fax: (43) 3371-4674
e-mail: eduel@uel.br
www.uel.br/editora

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Depósito Legal na Biblioteca Nacional

2011

Sumário

PREFÁCIO

Isabel C. Scarinci, PhD, MPH

Professor Titular, *University of Alabama at Birmingham*, EUA

O controle do tabaco é uma prioridade da saúde pública, uma vez que dentre as causas de mortalidade que podem ser prevenidas, o tabaco é a maior delas.[1] Esse é um tema extremamente abrangente, em que o "controle", para ser bem-sucedido, tem que ser implementado concomitantemente em seus vários componentes: produção, políticas de saúde, prevenção, exposição tabágica e cessação. Os esforços para o controle do tabaco num país tão grande como o Brasil, onde existe tanta influência da indústria do tabaco e do mercado ilícito, representam um desafio. Porém, esse é o momento certo para promover e implementar um sistema integrado de controle do tabaco no Brasil.

Em termos de produção e de consumo, o Brasil passou da terceira para a segunda posição no *ranking* dos maiores produtores de tabaco no mundo (atrás da China), com uma produção anual de 928,3 toneladas,[2] além de um lucro com o cultivo do tabaco em 2005 estimado em R$ 8,5 bilhões.[3] Por outro lado, o Brasil é um dos líderes mundiais na questão legal do controle do tabaco. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) têm conduzido uma série de ações para o controle do tabaco no país, incluindo legislação, capacitação de profissionais e pesquisa. Num país diversificado e com uma organização política democrática, acredito que essas organizações governamentais, em parceria com organizações privadas e organizações sem fins lucrativos, sejam capazes de atingir o estágio de desenvolver, implementar e avaliar intervenções voltadas para o controle do tabaco nos âmbitos local, estadual e federal, e que inclusive possam vir a servir de modelo para outros países. Um

grande exemplo disso é este livro, no qual as autoras integram o modelo de cessação do uso do tabaco preconizado pelo INCA e sua atuação prática a uma revisão crítica da vasta literatura científica disponível sobre o tratamento do tabagismo ao nível mundial, com o objetivo de desenvolver, implementar e avaliar uma abordagem multidisciplinar que promova a cessação.

Esse livro é único e, em vários aspectos, traz uma grande contribuição para a literatura na área do tratamento do tabagismo. Nesse contexto, gostaria de fundamentar minha opinião sobre a relevância dessa contribuição sob os pontos de vista clínico, científico e de saúde pública. Primeiro, as autoras colocam em contexto a importância de tratarmos o tabagismo como uma doença e uma adição. Necessitamos de uma educação dos profissionais de saúde e da população em geral para a conscientização de que o tabagismo é uma doença crônica, em que os protocolos de tratamento e reembolsos das seguradoras de saúde não podem ditar o número de visitas ou sessões para “curar” um paciente. Embora devamos possuir protocolos de intervenção, tal como temos para o tratamento da hipertensão ou do diabetes, é de extrema importância que os tratamentos cognitivo comportamentais, comportamentais e/ ou farmacológicos sejam individualizados, levando em conta as comorbidades, e os aspectos psicológicos, econômicos e sociais de cada paciente.

Em segundo lugar, embora já esteja comprovado que a combinação de uma abordagem cognitiva comportamental com uma abordagem farmacológica seja eficaz e efetiva no tratamento do tabagismo, ainda temos uma lacuna na forma de como utilizar na prática essas abordagens, uma vez que lidamos com populações diversas. Os ensaios clínicos tendem a utilizar amostras homogêneas, que dificultam a disseminação dessas abordagens para as populações ou subgrupos que não foram incluídos nos estudos. O tratamento do tabagismo entre as mulheres representa um bom exemplo disso. As mulheres fumam menos, demonstrando um menor grau de dependência da nicotina, e procuram programas de cessação mais do que os homens. No entanto, mundialmente, elas apresentam maior dificuldade para parar de fumar. Tendo isso em mente e com base em suas experiências práticas, as autoras proveem aos leitores

uma “caixa de ferramentas” sobre as diferentes abordagens que podem ser utilizadas no tratamento do tabagismo de acordo com as necessidades individuais de cada paciente.

Em terceiro lugar, com algumas exceções, a maioria dos ensaios clínicos tem obtido uma taxa de cessação na faixa dos 30-40% seis meses após o início do tratamento. Isso quer dizer que, na melhor das hipóteses, 60% dos pacientes sofrerão recaídas. Segundo minha experiência, muitos programas de tratamento do tabagismo são extremamente falhos nesse sentido. Ainda mais importante é que, por meio dos nossos tratamentos, muitas vezes enviamos ao paciente a falsa mensagem de que ele/ela está “curado”. Por ser uma adição, quando este paciente tem uma recaída, ele/ela fica com vergonha de voltar ao tratamento, pois sua percepção é a de que falhou. Como que em qualquer outra adição, a abstinência deve ser acompanhada durante um longo prazo por um profissional de saúde, principalmente devido aos altos riscos de recaídas. Também de grande importância é avaliar a adesão por diferentes métodos, incluindo a avaliação bioquímica da abstinência, de forma a podermos estar preparados para lidar com a recaída de cada um dos nossos pacientes. Este livro aborda a questão da adesão ao tratamento de uma forma bastante detalhada e prática.

Em quarto lugar, apesar do foco principal desta obra ser o tratamento do tabagismo, as autoras devotam todo um capítulo para o ambiente livre de tabaco, o que também é um dos seus aspectos únicos. Há uma vasta literatura que demonstra que o ambiente social é um dos fatores que mais pesam em uma recaída. Assim sendo, é de grande importância que nós, profissionais da saúde, ofereçamos aos nossos pacientes ferramentas para que eles controlem os seus ambientes e sejam agentes sociais para o controle do tabaco.

Em resumo, este livro representa um marco em termos da abordagem do tabagismo, um dos componentes essenciais no controle do tabaco nos níveis local, estadual e federal. É uma raridade encontrarmos livros que abordam esse tema de forma tão abrangente, incorporando evidências científicas e as traduzindo para uma forma prática. Isso é saúde pública.

1. Mokdad AH, Marks JS, Stroup JS, Gerberding JL (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *Journal of the American Medical Association, 291*, 1238-1245.

2. Mackay J, Ericksen M, Shafey O. (2006). *The tobacco atlas*. American Cancer Society, Atlanta, GA, 2nd edition.

3. Schneider R. Câmara setorial da cadeia produtiva de fumo. Personal communication, 09/08/06. Available: http://www..afubra.com.br/diagnostico.ppt#380,9,Slide.

INTRODUÇÃO

"É preciso ter feito tantas coisas como se hoje fosse nosso último dia de vida, assim como é preciso ter tantos projetos como se pudéssemos viver eternamente!"

Heber Soares Vargas

Esta obra almeja instrumentalizar os profissionais da saúde para a aquisição de um conjunto de ferramentas teórico-práticas que visa ao aprimoramento das intervenções para cessação do tabagismo. Este livro é fruto de uma prática clínica no Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo (CRATT), localizado no Ambulatório do Hospital de Clínicas (AHC) da Universidade Estadual de Londrina. O CRATT foi implantado atendendo ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) do Ministério da Saúde (MS) / INCA, sendo credenciado para abordagem e tratamento do fumante, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), pelo MS, de acordo com a Portaria SAS/MS 442 de 13 de agosto de 2004, onde foi elaborado o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede do Sistema Único de Saúde (SUS). A introdução de um centro de tratamento do tabagismo contribuiu para a redução de mortalidade e morbidade.

A metodologia utilizada na abordagem, prevenção e tratamento do tabagismo buscou as recomendações do Ministério da Saúde, bem como consensos e diretrizes para cessação do tabagismo, além do embasamento técnico-científico das pesquisas cadastradas na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação (PROPPG) e com financiamento da Fundação Araucária, intituladas: "Avaliar a efetividade do tratamento da dependência de tabaco em relação aos fatores de risco" e "Adesão ao Tratamento e Acompanhamento do Tabagismo: Centro de Referência do Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina (AHC/UEL)". Essas pesquisas contribuíram para os profissionais da saúde aprimorarem

as habilidades diagnósticas, terapêuticas e de adesão ao tratamento do tabagismo.

Este guia prático para lidar com abordagem, prevenção e tratamento do tabagismo dividiu-se em 10 capítulos. Eis, a seguir, do que eles tratam.

1• Tabagismo, comorbidades e danos à saúde

O tabagismo e a exposição à fumaça do cigarro estão associados a pelo menos 443.000 mortes prematuras, aproximadamente 5,1 milhões de anos de vida perdidos e são considerados a maiores causas de morte prevenível.

2• A dependência do tabaco

A Organização Mundial da Saúde (1993) incluiu o tabagismo na Classificação Internacional de Doenças (CID) como dependência do tabaco (F17. 2). As bases teóricas relacionadas à dependência do tabaco abrangem desde o sistema de diagnóstico até a base neurobiológica de recompensa cerebral.

3• Ambiente livre de tabaco

Proibir de fumar em recintos fechados onde sejam obrigatórios o trânsito ou a permanência de pessoas requer avisos escritos e orais dessa proibição, de acordo com a Lei 14743 de 15/06/2005, publicada no diário oficial 6998 de 16/06/2005 para prevenção de morbidade e mortalidade.

4• Habilidades motivacionais

As habilidades motivacionais são técnicas para evocar no paciente as suas boas motivações para fazer mudanças comportamentais no interesse de sua própria saúde

5• Abordagem breve

Uma forma de aconselhamento frequentemente citada como modelo para o que deve ser realizado por um médico é a dos 4 A’s (arguir, aconselhar, assistir e acompanhar).

6• Abordagem intensiva

A abordagem intensiva é utilizada quando o indivíduo entra na fase de ação. Deve-se estimular a definição da data de parada, bem como fornecer estratégias para lidar com a fissura e a abstinência, desenvolver habilidades de enfrentamento, mudar as contingências de reforço, promover o gerenciamento de afetos dolorosos e favorecer as relações sociais e o funcionamento interpessoal.

7• Prevenção de recaídas em dependência do tabaco

Fumantes em manutenção devem ser monitorados quanto aos progressos e dificuldades encontrados, bem como devem identificar as situações de alto risco de recaídas e desenvolver estratégias de manejo para superá-las.

8• Adesão ao tratamento da dependência do tabaco

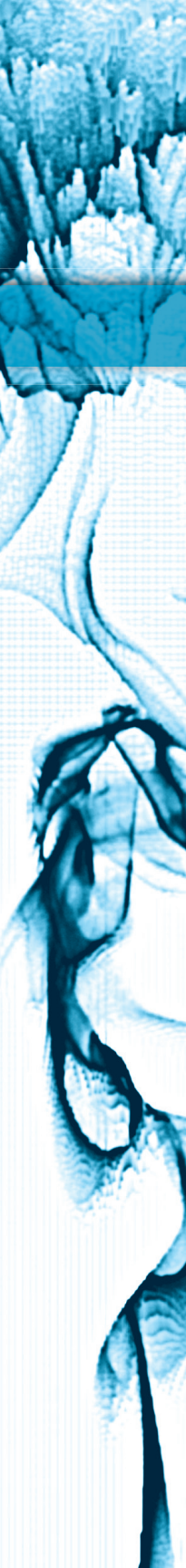
A monitorização da adesão ao tratamento com a utilização do instrumento de monóxido de carbono, bem como avaliação da adesão por uma série de questionários e instrumentos.

9• Tratamento farmacológico do tabagismo

O uso de medicamentos é um facilitador no tratamento da cessação do tabagismo, quando a abordagem comportamental é insuficiente pela presença do elevado grau de dependência da nicotina.

10• Tratamento analítico-comportamental do tabagismo

As estratégias e técnicas comportamentais utilizadas para cessação do comportamento de fumar baseiam-se em automonitoramento, controle de estímulos, *feedback*, relaxamento e treino assertivo.

Sandra Odebrecht Vargas Nunes
Márcia Regina Pizzo de Castro

1 Tabagismo, Comorbidades e Danos à Saúde

Tabagismo, Comorbidades e Danos à Saúde

Sandra Odebrecht Vargas Nunes
Márcia Regina Pizzo de Castro
Mario Sérgio Azenha de Castro

1

TABAGISMO E CONDIÇÕES MÉDICAS ASSOCIADAS

O tabagismo é uma das maiores causas de doenças e mortes. A mortalidade geral é duas vezes maior nos fumantes quando comparados aos não fumantes. Fumar cigarro pode provocar: câncer, doença cardiovascular, doenças pulmonares, úlcera péptica e outras patologias.

Esse hábito é considerado a mais importante causa de morbidade e mortalidade prematura no mundo.

É responsável por cerca de 90% de câncer de pulmão em homens e 70% de câncer de pulmão em mulheres. Entre outros fatores de risco do tabagismo, estão 56-80% para doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e 22% para doenças cardiovasculares. O tabaco também é uma das principais causas de câncer de orofaringe, bexiga, pâncreas, laringe, esôfago, cólon e colo do útero. O tabagismo passivo, ou seja, a exposição à fumaça ambiental, é uma das causas de câncer de pulmão. (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2002).

Estima-se que, em todo o mundo, por ano, ocorram cinco milhões de mortes relacionadas ao hábito de fumar, sendo ele responsável por 10 mil mortes por dia, ou seja, uma pessoa a cada seis segundos, reduzindo a expectativa de vida em 15 anos. (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2008). Se não ocorrerem mudanças no atual padrão de consumo de tabaco, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o número de fumantes passará, do ano 2000 a 2030, de 1,2 bilhões para 1,6 bilhões, e que o número de mortes atribuíveis ao tabagismo passará para 10 milhões, sendo

que 70% ocorrerão nos países menos desenvolvidos. (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2004). No mundo, é estimado que o tabagismo cause cerca de 8% das mortes (4,9 milhões) e cerca de 4% das incapacitações (59,1 milhões). A mortalidade em homens é de 13,3%, e das mulheres, 3,8%. (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2002).

O tabagismo e a exposição à fumaça do cigarro estão associados a aproximadamente 443.000 mortes prematuras, e a 5,1 milhões de anos de vida perdidos. A prevenção de início e a cessação do tabaco em todas as idades é benéfica na redução da mortalidade e da morbidade. Nos Estados Unidos, estima-se que 19,8% dos adultos são fumantes atuais de cigarros, e cerca de 40% dos fumantes tentam parar a cada ano. O tabagismo aumenta os custos médicos e contribui para a perda de produtividade em todo o mundo. Anualmente, calcula-se um custo de US$ 64.2 bilhões para homens e cerca de US$ 32.6 bilhões para mulheres. (*CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION*, 2008).

Estima-se que, no Brasil, todo o ano, 200 mil pessoas morram devido ao tabagismo, sendo o câncer de pulmão o que mais mata homens no Brasil, e a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres. (CAVALCANTE, 2005). Os fumantes têm maior probabilidade de morrer por doença coronariana, especialmente os homens entre 45 e 54 anos de idade, que têm quase três vezes mais probabilidade de morrer de infarto do que os não fumantes da mesma faixa etária. O câncer, segunda causa de morte por doença no país, é responsável por grandes gastos com tratamento e internações hospitalares, e tem, entre seus fatores de risco, o fato de que 90% dos cânceres de pulmão e 30% de todos os tipos de câncer são devidos ao tabagismo. (BRASIL, 1998).

O tabagismo associa-se com enormes custos sociais e econômicos originários do aumento da morbidade e mortalidade relacionadas com o fumo. Eles incluem custos gerados pelos fumantes (uso de recursos de saúde, ausência no trabalho, perda da produtividade, pagamento de auxílio-doença, etc.). De acordo com as estimativas do Banco Mundial, os gastos relacionados com o fumo representam 6% a 15% dos custos anuais de países de alta renda. (FARGERSTRÖM, 2002).

Um levantamento nacional realizado em 1989 revelou a prevalência do tabagismo de 40% para adultos do sexo masculino e de 25% do sexo feminino. (RAW; LARANJEIRAS, 2001). Fato também percebido em estudo realizado na cidade de Londrina (PR), em estudo com amostra de 42.517 pessoas, sobre a prevalência do tabagismo em uma população acima de 12 anos, o que revelou um índice próximo de 41,3 % e 22,79 %, respectivamente, para homens e mulheres. Também demonstrou que a dependência do tabaco tem um caráter familial, visto que familiares em primeiro grau de dependentes de tabaco têm uma frequência significativamente maior de dependentes do que em parentes de probandos não dependentes de tabaco. (NUNES *et al.*, 1999**).**

Assim como em outros estudos que avaliaram o perfil do fumante em programas de cessação do tabagismo, observou-se que a idade média para o início do tratamento foi de 45 anos. A busca para o tratamento de cessação do tabagismo foi maior entre as mulheres, 61,1%, se comparada aos homens, 38,9%. Fumantes foram relacionados com incapacidades laborais e domésticas, hospitalização, depressão, uso de sedativos e transtorno mental, na família. Fumantes tiveram piores escores do que não fumantes em todos os domínios da qualidade de vida do WHOQOL- Bref. (CASTRO, 2009).

Embora o maior benefício da cessação de fumar seja obtido na juventude, parar de fumar na meia-idade evita muitos fatores de risco concomitantes, de modo que 15 anos depois de deixar de fumar, o risco de morte dos ex-fumantes não é maior do que o risco daqueles que nunca fumaram. (FARGERSTRÖM, 2002).

Dos tabagistas que começam a fumar na adolescência, 50% morrem prematuramente na meia-idade, perdendo cerca de 20 a 25 anos de expectativa de vida em comparação aos não fumantes. O risco é maior naqueles que começam a fumar regularmente na adolescência. (FARGERSTRÖM, 2002).

O consumo de tabaco geralmente começa cedo. A média de idade de início do consumo é de 15 e 16 anos. (NUNES *et al.*, 2006; CASTRO *et al.*, 2008). Quanto mais precoce, maior será a gravidade da dependência e os problemas a ela associados. Além disso, a

maioria dos fumantes que alcançam a abstinência sozinha, recai em poucos dias. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 1996; MARQUES *et al.*, 2001).

Os *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC (2008) verificaram ainda que, nos EUA, os investimentos em programas de prevenção e controle do tabaco totalizaram US$ 595 milhões, cerca de 325 vezes menos do que os gastos com o fumante.

A relutância do fumante em procurar ajuda e a falta de serviços dotados de profissionais treinados para detectar o paciente de risco são barreiras na procura de tratamento. Dos cerca de 1,3 bilhão de fumantes que existem no mundo, 89% vivem em países em desenvolvimento, e dos 100.0000 jovens que começam a fumar a cada dia, 80% são desses mesmos países. (BRASIL, 2004).

Cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar. No entanto, apenas 3% conseguem a cessação a cada ano, e a maioria para sem auxílio. Com abordagem e tratamento do fumante, esses percentuais aumentam, atingindo 20% a 30% em um ano. (BRASIL, 2001). Com os tabagistas que buscaram tratamento nos Ambulatórios de Tratamento do Fumante do SUS, implantados no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina (HC/UEL), e no Centro de Referência CIDI da 17ª Regional de Saúde de Londrina, observou-se que a cessação de fumar em quatro semanas foi de 39% na Regional da Saúde e de 46,5% na UEL. (NUNES *et al.*, 2006). Tais resultados foram semelhantes ao da abordagem preconizada pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), com índices variando de 30% a 46% de participantes que permaneceram abstinentes após 12 a 18 meses da cessação de fumar. (BRASIL, 2001).

O tratamento para cessar de fumar deverá considerar o contexto clínico, a gravidade da dependência de nicotina, a idade de início do consumo do tabaco, as co-morbidades, a história familial, a motivação para cessar, os condicionamentos, as situações e os sentimentos relacionados com o tabagismo. (NUNES *et al.*, 2006).

RELAÇÃO ENTRE TABAGISMO E COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

Em estudos anteriores, foi estabelecido que fumantes com uma história de desordens mentais têm uma baixa taxa de sucesso na cessação do hábito, sendo duas vezes maior a probabilidade de fumar do que pessoas sem doença psiquiátrica. (SCHMITZ; KRUSE; KUGLER, 2003).

O uso de várias drogas é frequente pelos indivíduos com dependência, e muitos preenchem tais critérios. Desordens psiquiátricas estão associadas com um aumento do risco de abuso. Um diagnóstico dual (abuso de substância e desordem mental) tem implicações desfavoráveis para o tratamento e para suas consequências. (CAMI, J; FARRE, M, 2003).

Cerca de 50% dos pacientes psiquiátricos fumam, em contraste com os 25% da população geral. Também, 50% da população geral consegue parar de fumar, enquanto somente 15% dos pacientes psiquiátricos o fazem. Fumantes depressivos percebem o cigarro mais prazeroso do que aqueles sem comorbidades. Esse acaba por ser um fator que mina a motivação desse grupamento de tabagistas para deixar de fumar. (LEMOS; GIGLIOTI, 2006).

Para identificar fumantes com comorbidades por outras substâncias psicoativas, pode-se utilizar o Teste de Seleção Envolvendo Álcool, Cigarro e Substâncias Psicoativas (ASSIST), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (*WORLD HEALTH ORGANIZATION, ASSIST*, 2002) para detectar e para qualificar o uso dessas substâncias e problemas relacionados nos cenários da atenção médica primária e geral. Tabaco, álcool e drogas ilícitas estão entre os 20 maiores fatores de risco de problemas de saúde identificados pela OMS. É estimado que o tabaco seja responsável por 9% de todas as mortes e por 4,1% da carga global de doenças, medido pelos anos de vida, ajustados por incapacidade (*disability ajusted life years*, DALYs), enquanto que o álcool é responsável por 3,2% de mortes e 4,0 % de DALYs. As drogas ilícitas são responsáveis por 0,4% de mortes e 0,8% de DALYs. (*WORLD HEALTH ORGANIZATION, ASSIST*, 2003).

A dependência de nicotina entre pessoas com dependência do álcool é mais do que três vezes mais alta (45,4%) do que na população geral (12,8%). Por outro lado, a prevalência de dependentes do álcool é cerca de quatro vezes maior dentre as pessoas com dependência do tabaco (13.5%) do que no resto da população. (GRUCZA; BIERUT, 2006).

Existem fortes evidências de que as taxas de tabagismo são muito mais altas em pacientes com transtorno de uso de substância psicoativas do que na população em geral. A prevalência de dependência de nicotina de em um período de 12 meses é de 34,5% entre indivíduos com transtorno por uso do álcool e de 52, 4% entre indivíduos com qualquer outro transtorno de uso de substâncias. De modo inverso, entre pacientes com dependência de nicotina, a prevalência de transtorno de uso do álcool em um período de 12 meses é de 22,8%, e a de um transtorno por uso de drogas é de 8,2%, taxas que são, respectivamente, 4,4 e 8,1 vezes mais altas do que aquelas observadas em indivíduos não dependentes de nicotina. Além disso, a presença de uso do álcool ou de drogas ilícitas pode ser um preditor negativo dos resultados de tratamento de cessação do tabagismo. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

Em tabagistas recrutados a partir do Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina (AHC/UEL), observou-se que esses apresentaram comorbidade com depressão e uso de substâncias psicoativas, tais como: álcool, maconha e sedativos. (CASTRO, 2008). Pacientes depressivos têm maior risco de fumar e usar outras substâncias psicoativas, e isso está associado a maiores incapacidades e piores resultados de tratamento, em decorrência da depressão exacerbar os afetos negativos encontrados durante a tentativa de abster-se de uma ou ambas as drogas. (AIT-DAOUD *et al*., 2006).

Indivíduos com transtorno depressivo maior ou dístimico também apresentam altas taxas de tabagismo, sendo a prevalência em um período de 12 meses em torno de 30%. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

Tabaco e consumo alcoólico parecem engatilhar automedicação para pessoas portadoras de transtornos afetivos. (AIT-DAOUD *et al.*, 2006).

Pacientes depressivos têm aumento do risco de serem dependentes de nicotina, e a associação de depressão e tabaco aumenta duas vezes o risco de doenças cardiovasculares. (GLASSMAN *et al.*, 2001).

Fumantes recrutados a partir do Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo da Universidade Estadual de Londrina (UEL), foram comparados com pessoas que nunca fumaram doadores de sangue do hemocentro da UEL. Verificou-se, nesse estudo, mais depressão entre fumantes do que entre pessoas que nunca fumaram. (CASTRO, 2009). Tais resultados foram consistentes com os tabagistas que buscaram tratamento nos Ambulatórios de Tratamento do Fumante do SUS, implantados no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina (HC/UEL), e no Centro de Referência CIDI da 17ª Regional de Saúde de Londrina. (NUNES *et al.*, 2006). Schmitz e colaboradores (2006) constataram que os fumantes têm maior probabilidade de apresentarem sintomas de depressão e ansiedade do que aqueles que nunca fumaram. Episódios recorrentes de depressão maior e o nível de depressão imediatamente antes da cessação parecem ser preditivos de recaídas. Deve-se considerar, então, que os fumantes com depressão devem ser avaliados quanto à intensidade dos sintomas depressivos antes e durante a intervenção para identificar aqueles que apresentam maiores risco de recaída. (REICHERT *et al.*, 2008).

As taxas de tabagismo em pacientes com esquizofrenia são muito mais altas (58 a 88%) do que na população geral. A motivação para deixar de fumar costuma ser baixa nesses pacientes e, por isso, intervenções motivacionais são fortemente sugeridas como tratamento inicial. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

Na presença de um transtorno psiquiátrico concomitante, o abandono do fumo pode ser mais difícil. Pacientes psiquiátricos parecem sofrer mais de abstinência quando param de fumar,

provavelmente em consequência de sua maior dependência de nicotina e maior consumo de cigarros. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

Fumantes com depressão e uso de substâncias psicoativas tiveram idade de início do consumo de tabaco mais precoce e não diferiram quanto às tentativas de cessação do tabagismo, à gravidade de dependência de nicotina e ao consumo de cigarros/dia em relação aos fumantes sem depressão e sem uso de substâncias psicoativas . A média de idade de início do cigarro em fumantes com depressão ou uso de substâncias psicoativas foi 14,76 anos, que foi menor do que a média dos fumantes sem uso de substâncias psicoativas ou sem depressão, de 16.35 anos. (CASTRO, 2009).

Os profissionais da saúde deveriam identificar subgrupos de fumantes adultos com associação de depressão e uso de substâncias psicoativas e promover uma intervenção em ambas as comorbidades, para maior efetividade do abandono do tabaco. (CASTRO, 2008).

TABAGISMO E GESTAÇÃO

O tabagismo caminha para se tornar uma doença com maior prevalência no sexo feminino. O gênero feminino é o alvo principal da propaganda, tanto por explorar os espaços nos quais a mulher se insere e exerce seus múltiplos papéis sociais, quanto pelas características da dependência da mulher, associando-se aos comportamentos e a um padrão próprio de respostas às situações de enfrentamento de crises e pelas demandas sociais e biológicas. (ARAÚJO, 2006).

A prevalência do tabagismo nas mulheres, no período anterior à gravidez, foi elevada, cerca de 30%, sendo que a percentagem de mulheres que mudaram o hábito tabágico durante a gravidez foi de 35%. Mas, apesar dos danos à saúde materna e fetal, a percentagem de mulheres fumantes durante a gravidez manteve-se ainda elevada, cerca de 19%. Os profissionais da saúde devem desenvolver habilidades de intervenção comportamental por meio de um aconselhamento pré-natal, por ser uma boa ferramenta na

diminuição do índice de tabagismo em gestantes. (CORREIA *et al.*, 2007).

Os danos à saúde materna e fetal causados pelo tabagismo durante a gestação são o crescimento intrauterino reduzido e maior risco de trabalho de parto prematuro, entre outras alterações. A gestação torna-se um momento propício para a interrupção dessa dependência. A consulta pré-natal pode ser a forma mais eficiente de prestação de esclarecimentos sobre os riscos do tabagismo, somando-se ao fato de que as gestantes podem ainda aproveitá-la para expor dúvidas, medos e angústias decorrentes da gestação. Esses sentimentos podem levá-las a quadros de ansiedade e depressão, situações que podem levar ao início do tabagismo, uma vez que o cigarro costuma estar associado a propriedades relaxantes. (MACHADO; LOPES, 2009).

A abordagem à gestante faz-se necessária para redução do tabagismo durante a gravidez. Calcula-se que, se todas as mulheres grávidas parassem de fumar, as mortes fetais e neonatais poderiam ser reduzidas em aproximadamente 10%. O tabagismo leva a um aumento na incidência de sangramento durante a gestação, descolamento de placenta, placenta prévia, ruptura prematura de membranas, gestação prolongada e gravidez tubária. (BARRON; LINDHEIMER, 1996).

A exposição do feto ao fumo materno é o exemplo mais grave de tabagismo passivo. Cerca de 60 estudos envolvendo 500 mil mulheres grávidas mostraram com fortes evidências que os neonatos de gestantes fumantes têm peso inferior ao das gestantes que não fumam (redução média de 200g) e a chance dobrada de prematuridade. Existem evidências de que a exposição de gestantes não fumantes à poluição tabagística ambiental (PTA) também pode reduzir o peso do neonato (média de 33g). Dentre outros desfechos indesejáveis da gestação em fumantes, estão o risco aumentado de placenta prévia, gravidez tubária, aborto espontâneo e síndrome da morte súbita na infância. (REICHERT *et al.*, 2008).

O feto é profundamente afetado pelo tabagismo materno. Pesquisadores compararam os pesos de nascimento em mulheres que pararam de fumar em vários períodos da gravidez. Nas mães

que pararam de fumar antes da 16ª semana de gestação, os bebês pesavam o mesmo que os das mães não fumantes. Bebês de mães que pararam de fumar após a 16ª semana eram intermediários em peso. Relevante para a prática clínica é a demonstração de que a assistência proporcionada para mulheres grávidas tabagistas é efetiva na redução do fumo materno e na melhoria do peso de nascimento. (BARRON; LINDHEIMER, 1996).

A redução da função pulmonar em neonatos de gestantes fumantes pode contribuir para o desenvolvimento ou agravamento de asma durante a vida dessas crianças, maior susceptibilidade à hiper-reatividade brônquica e predisposição à DPOC na vida adulta. A cessação do tabagismo é uma das poucas causas evitáveis desses desfechos. (REICHERT *et al.*, 2008).

Aproximadamente 25% das mulheres em idade reprodutiva fumam, e 20% a 30% das gestantes continuam a fumar durante a gravidez. Isso tem um efeito imediato sobre o feto, diminuindo seu peso ao nascimento em uma média de 200 gramas. A mortalidade fetal aumenta porque suas mães fumam. Fumar durante a gravidez pode resultar em lesão fetal, parto prematuro e baixo peso ao nascer. O risco de deficiência dos membros fetais é maior nos fetos de mulheres que fumam. O tabagismo diminui o peso ao nascimento, diminui o crescimento fetal e diminui a idade gestacional. A calcificação placentária é duas vezes maior nas mães que fumam, e as tabagistas apresentam na placenta membranas vilosas e camadas trofoblástica significativamente espessadas em relação às mães que não fumam. (CUNNINGHAM *et al.*, 2005).

Em um estudo, foram avaliados os níveis liquóricos de interleucina-6 (IL-6), Fator de Necrose Tumoral - alfa (TNFα) em recém-nascidos a termo com encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI), comparando-os com os de recém-nascidos controles. Nos recém-nascidos asfixiados, as medianas dos níveis liquóricos foram: 157,5 pg/ml para IL-6 e 14,7 pg/ml para TNF-α, significativamente mais elevadas que nos controles (IL-6: 4,1 pg/ml e TNF-α: 0,16 pg/ml). Os recém-nascidos a termo com EHI apresentaram níveis liquóricos de IL-6 e TNF-α mais elevados que controles, possivelmente devido à produção local cerebral dessas citocinas, especialmente

o TNF-α. Esses achados estimulam estudos futuros, utilizando bloqueadores cerebrais das ações dessas citocinas como estratégia de neuroproteção. (SILVEIRA; PROCIANOY, 2003.)

A nicotina é neuroteratogênica com retardo de crescimento cefálico. Em uma análise de 7042 gestantes tabagistas, reduziu o crescimento da cabeça fetal. (VERBURG *et al.*, 2007).

As intervenções durante a gestação são de elevada relação custo/efetividade na preservação da vida e na redução de danos à saúde. Os maiores índices de cessação tabagística em mulheres ocorrem durante a gravidez. Porém, apenas 1/3 continua abstinente após um ano, fato que mostra a importância de intervenções para a prevenção da recaída. (REICHERT *et al.*, 2008).

ALTERAÇÕES INFLAMATÓRIAS RELACIONADAS AO TABAGISMO

Doenças cardiovasculares são as maiores causas de morte no mundo. Fumar cigarros é o maior fator de risco para doenças cardiovasculares, incluindo doenças cardíacas coronarianas, acidente vascular cerebral (AVC), doença vascular periférica e insuficiência cardíaca congestiva. Fumar cigarros está associado a maiores níveis de colesterol, reatividade vasomotora coronariana, agregação plaquetária e estado pró-trombótico. Há uma relação entre fumar cigarros e aumento da Proteína C Reativa (PCR), fibrinogênio e homocisteína. O tabagismo aumenta a inflamação e a hiperhomocistenemia, que são importantes mecanismos que promovem a arteriosclerose. (BAZZANO *et al.*, 2003).

Fumar cigarros é um fator de risco modificável cardiovascular e está associado a resultados adversos cardiovasculares. O cigarro está associado aos marcadores de inflamação vascular sistêmica que incluem PCR, interleucina-6 (IL-6) e molécula de adesão intracelular solúvel tipo 1 (Sicam-1), E-selectina e P selectina, que podem contribuir para promoção da arteritrombose, ao menos em parte, através da inflamação vascular. (BERMUDEZ *et al.*, 2002). Ativa e libera células inflamatórias na circulação e aumenta mediadores inflamatórios tal como proteínas de fase aguda, como

proteína C reativa e fibrinogênio e citocinas pró-inflamatórias. A elevação de proteínas de fase aguda aumenta os níveis de citocinas pró-inflamatórias como fator de necrose tumoral alfa (TNFα) e interleucina-6 (IL-6), que é um fator de risco e preditor de infarto do miocárdio, doença coronariana e acidente vascular cerebral. (YANBAEVA *et al.*, 2007).

As alterações no endotélio são causadas principalmente pela redução do óxido nítrico, e os fumantes têm menores concentrações dos metabólicos do óxido nítrico em relação aos não fumantes. (YANBAEVA *et al.*, 2007).

Outros estudos também mensuram marcadores inflamatórios como Proteína C reativa (PCR), aumentada entre fumantes versus não fumantes. O aumento de PCR em fumantes está associado aos efeitos adversos cardiovasculares. (MOGHBELI *et al.*, 2005).

O risco coronariano associado com o cigarro pode ser decorrente do aumento da atividade inflamatória revelado pelo aumento de níveis plasmáticos de TNF α e PCR. (GANDER *et al.*, 2004).

A inflamação crônica tem um papel importante no desenvolvimento da arteriosclerose. Fumar cigarros é um dos maiores fatores de promoção e progressão da arteriosclerose. Os níveis de PCR em fumantes atuais estão elevados, e os pacientes que cessaram o cigarro por um período longo podem ter redução de risco de desenvolver doenças cardiovasculares por meio de redução de mecanismos inflamatórios. (OHSAWA *et al.*, 2005).

Induz a danos endoteliais principalmente por meio de radicais livres, tais como radicais oxidonítricos. O estresse oxidativo promove uma resposta sistêmica de fase aguda possivelmente pela ativação da NF-κb (fator nuclear Kappa Beta) e indução de citocinas. (FRÖHLICH *et al.*, 2003).

Os efeitos agudos do cigarro alteram a quimiotaxia e a ativação para neutrófilos e macrófagos, efeitos supressivos para eosinófilos e várias citocinas inflamatórias, possivelmente explicado para alteração local no balanço das citocinas Th1–Th2 ou pelo efeito anti-inflamatório do monóxido de carbono. A exposição aguda ao

cigarro pode resultar em dano tecidual pelo aumento dos produtos da pereoxidação de lipídeos e produtos de degradação de proteínas da matrix extracelular. O desequilíbrio entre oxidantes e antioxidantes, e entre proteases e antiprotease, além de distúrbios no reparo dos tecidos, são eventos que podem exercer um importante papel no fumante susceptível. (VAN DER VAART *et al.*, 2007).

O cigarro exerce um estímulo inflamatório nos macrófagos do pulmão e o fumante geralmente tem menor número de micronutrientes antioxidantes. Os fumantes têm um comprometimento com o status antioxidante e elevada concentração de fator de necrose tumoral e interleucina-6, como consequência de fumar. (TAPPIA *et al.*, 1995).

Pacientes são tabagistas portadores de DPOC decorrente de redução da função pulmonar, inflamação sistêmica e elevação do PCR. (GAN *et al.*, 2005).

O tabagismo, isoladamente ou em combinação com a depressão, pode também contribuir para a supressão de vários parâmetros inespecíficos da função da resposta imune, como a linfoproliferação de células estimuladas por mitógenos. Além disso, o tabagismo está relacionado com uma ativação da resposta imune, com aumento da interleucina IL-6, TNF e de outras proteínas de fase aguda, marcadores de processo inflamatório e fatores de risco para doenças cardiovasculares e coronarianas.

O aumento dos níveis de TNF α e a contagem de células sanguíneas brancas têm um importante papel na indução da inflamação em fumantes, que poderia estar associado ao risco de doenças relacionadas ao tabaco. Tabagistas que perdem a atividade da enzima desintoxicante Glutationa-S-Transferase (GST), que protege contra a inflamação, têm aumento de doenças relacionadas ao tabagismo. (KIM *et al.*, 2006).

O tabagismo também foi relatado como o principal fator causal para pelo menos 80% das mortes por DPOC, doença cardiovascular e morte precoce, e por aproximadamente 30% de todas as mortes por câncer. (*CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION*, 2008).

O gene CYP1A1 inicia um importante papel no processo da carcinogênese de vários tipos de cânceres. (BARTSCH *et al.*, 2000; SONG *et al.*, 2001). Foi relatado que indivíduos que têm genes polimórficos individuais, tais como CYP1A1, GSTM1 e GSTT1, têm respostas anormais a compostos químicos ambientais, como o cigarro. Além disso, esses genótipos de risco também têm sido associados com o desenvolvimento de uma variedade de cânceres. (HIRVONEN, 1995). Portanto, a análise dos fatores de risco de uma população e a relação entre esses fatores e alguns genes importantes, como os do biometabolismo e os do reparo do DNA, fornecem evidências de quais fatores de risco são verdadeiramente cruciais para o desenvolvimento do câncer. (McWILLIANS *et al.*, 1995; MOHRENWEISEN; JONES, 1998).

Dentre os polimorfismos de reparo mais estudados, destacam-se os genes envolvidos com o reparo por excisão de bases (REB), como os genes XRCC1. (OLSHAN *et al.*, 2002; MATULLO *et al.*, 2001).

O gene XRCC1 contém 17 exons e está localizado no cromossomo 19q13.2. (LAMERDIN *et al.*, 1995). Devido a esse importante papel na capacidade de reparar bases, a variabilidade na expressão de XRCC1 tem sido examinada extensivamente em relação a doenças relacionadas com a idade, incluindo o câncer. (GOODE, ULRICH; POTTER, 2002). O polimorfismo em XRCC1 tem sido associado com o risco de muitos cânceres relacionados ao cigarro, como os de pulmão, bexiga, esôfago e cavidade oral. (GOODE, ULRICH; POTTER 2002; MAJUMDER *et al.*, 2005; OLSHAN *et al.*, 2002).

O risco de morte por câncer de pulmão é 20 vezes mais frequente entre as mulheres que fumam 40 ou mais cigarros diários do que entre as que não fumam. Mulheres tabagistas têm aumento do risco de câncer de orofaringe, bexiga, fígado, cólon e esôfago. Fumar, para mulheres, aumenta o risco de doenças coronarianas, derrame cerebral, arteriosclerose, aneurisma de aorta abdominal, doença pulmonar obstrutiva crônica. (ARAÚJO *et al.*, 2006).

O câncer, segunda causa de morte por doença no país, é responsável por grandes gastos com tratamentos e internações

hospitalares, e tem entre seus fatores de risco o fato de que 90% dos cânceres de pulmão e 30% de todos os tipos de câncer devem-se ao tabagismo. (BRASIL, 1998). A inflamação através da liberação de interleucina-6 e proteínas de fase aguda, tal como a Proteína C Reativa, está relacionada com doenças cardiovasculares. (LESPÉRANCE *et al.*, 2004) e câncer. (MUSSELMAN *et al.*, 2001).

Castro (2009) observou que, em fumantes, há uma hospitalização recente nos últimos 30 dias e, mais doenças que sofrem agravos pelo tabaco, como: diabetes, hipertensão, doença cardíaca, doença respiratória e úlcera péptica, significativamente maior do que em pessoas que nunca fumaram. O tabagismo foi relatado como fator de risco para úlcera péptica, diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer de pulmão e outros tipos de câncer. (REICHERT *et al.*, 2008). O tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras e as limitações físicas por doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer. (BRASIL, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Em seus estudos, Castro (2009) também observou que fumantes apresentaram menor média de índice de massa corpórea (IMC) do que aqueles que nunca fumaram. Chiolero e colaboradores (2007) reportam que fumantes têm menor IMC do que não fumantes. Corroborando com esses achados, Reichert e colaboradores (2008) acrescentam que fumantes pesam em geral menos do que os não fumantes e ganham peso quando param de fumar. Ainda segundo os mesmos autores, as teorias mais aceitas para explicar essa intrínseca relação entre o tabaco e o peso corporal nos indivíduos fumantes são: 1) um aumento da taxa metabólica, com maior gasto de energia; 2) diferenças na qualidade e na quantidade dos alimentos ingeridos; e 3) a ação anorética da nicotina.

A expectativa de vida de um indivíduo que fuma muito é 25% menor que a de um não fumante. Nos últimos 20 anos, a educação e a persuasão não foram suficientes para promover uma mudança política, cultural e social relacionada ao comportamento de fumar.

Investimentos continuados e mais consistentes voltados para a prevenção e o tratamento são necessários em função das projeções sobre a mortalidade relacionada ao tabaco para o período de 2000 a 2049. (MARQUES *et al.*, 2001).

Fumantes que buscaram a cessação do tabagismo no Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo (CRATT), localizado no Ambulatório do Hospital de Clínicas (AHC) de Londrina (PR), foram predominantemente do gênero feminino e com a idade média de 45,7 anos; tiveram pior qualidade de vida , maior incapacidade laboral e doméstica, mais doenças relacionadas ao tabaco, mais hospitalização no último mês, maior história familiar em primeiro grau de transtornos mentais, mais fumantes em casa, mais depressão e uso de sedativos do que as pessoas que nunca fumaram. (CASTRO, 2009).

Programas preventivos do tabagismo deveriam enfocar os benefícios de não fumar para a manutenção da saúde, melhora da qualidade de vida, redução da morbidade e das incapacidades decorrentes do consumo do tabaco, bem como a diminuição dos gastos da saúde pública. (CASTRO, 2009).

REFERÊNCIAS

AIT-DAOUD ,N. *et al*. Treating smoking dependence in depressed alcoholics. *ALCOHOL Research & Health,* [s.l.], v.29, n.3, p.213-219, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, Washington, v.151, p.1-31, 1996.

________. *Diretrizes para o tratamento de transtornos Psiquiátricos*. Compêndio 2006. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ARAÚJO,A. *et al*. Abordagem de populações especiais:tabagismo e mulher- razões para abordagem específica de gênero. In; GIGLIOTTI, A.; PRESMAN, S. *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABP,Saúde, 2006. p.107-128.

BARRON, W. M.; LINDHEIMER, M. D. *Complicações Médicas na Gravidez*, 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BARTSCH, H. *et al*. Genetic polymorphism of CYP genes, alone or in combination, as a risk modifier of tobaccorelated cancers. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*. [s.l.], v.9, p.3-28, 2000.

BAZZANO LA *et al*. Relationship between cigarette smoking and novel risk factors for cardiovascular disease in the United States. *Ann Inform Med*, [s.l.], v.138, p.891-897, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Falando sobre o tabagismo*. 3.ed. Rio de Janeiro: Contapp, 1998.

________. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Abordagem e tratamento do fumante*. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

________. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Inquérito Domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis*. Rio de Janeiro: [s.n.], 2003, p.53-67. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/tab.pdf.>. Acesso em: 21 fev. 2009.

________. Ministério da Saúde. *Tabaco e pobreza*: um círculo vicioso. Brasília: [s.n.], 2004.

BERMUDEZ *et al*. Relation between markers of systemic vascular inflammation and smoking in women. *Am J Cardiol*, [s.l.], v.89, p. 1117-1119, 2002.

CAMI, J.; FARRE, M. Mechanisms of Disease: Drug Addiction. *The New England Journal of Medicine*, v.349, n.10, p.975-986, 4 Sept. 2003.

CASTRO, M. R. P. *et al*. A dependência da nicotina associada ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas. *SEMINA*, v.29, n.2, p.131-140, 2008.

________. *Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo*. 2009. Tese (Dissertação de Mestrado) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2009.

CAVALCANTE, T. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Ver. Psiq. Clin.*, v.32, n.5, p.283-300, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Cigarette smoking among adults United States, 2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, v.57, n.45, p.221-6, 2008.

CHIOLERO, A.; JACOT-SADOWSKI ,I.; FAEH ,D.; PACCAUD, F.; CORNUZ, J. Association of cigarettes smoked daily with obesity in general adult population. *Obesity*, v.15, n.5, p.1311-18, 2007.

CORREIA, S. *et al*. Gravidez e tabagismo: Uma Oportunidade para Mudar Comportamentos. *Acta Med Port.*, v.20, p.201-207, 2007.

CUNNINGHAM, F. G. *et al*. *Williams Obstetrics*. U.S.A.: Mc Graw Hill, 22.ed. p.240-241, 2005.

FARGERSTRÖM, Karl. Epidemiologia do fumo: conseqüências na saúde e benefícios da Cessação. *Drugs*, Auckland, v.62, p.1-9, 2002.

FRÖHLICH, M. *et al*. Independent association of various smoking characteristics with markers of systemic inflammation in men. *European Heart Journal*, [s.l.], v.24, p.1365-1372, 2003.

GAN, W. Q.; MAN, P.; SIN, D. The interactions between cigarette smoking and reduced lung function on systemic inflammation. *CHEST*, [s.l.], v.127, p.558-564, 2005.

GANDER, M. L. *et al*. Effect of the G-308A polymorphism of the tumor necrosis factor (TNF) α gene promoter site on plasma levels of TNF -α and C-reactive protein in smokers: a cross-sectional study. *BMC Cardiovascular Disorder*, [s.l.], v.4, p.17, 2004.

GLASSMAN, A. H. *et al*. Smoking cessation and the course of major depression: a follow up study. *Lancet,* [s.l.], v.357, p.1929-1932, 2001.

GOODE, E. L.; ULRICH, C. M.; POTTER, J. D. Polymorphisms in DNA repair genes and associations with cancer risk. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*, v.11, p.1513-1530, 2002.

GRUCZA, R., BIERUT, L. Co-occurring risk factors for alcohol dependence and habitual smoking. *Alcohol Research & Health*; v.29, n.3, p.172-178, 2006

HIRNOVEN, A. *et al*. The GSTM1 null genotype as a potential risk modifier for squamous cell carcinoma of the lung. *Carcinogenesis*, [s.l.], v.14, p. 1479-1481, 1993.

KIM, J. H. *et al*. GSTM1 and GSTP1Polymorphisms as potential factors for modifying the effect of smoking on inflammatory response. *J Korean Med Sci*. [s.l.], v 21, p.1021-7, 2006.

LEMOS, T.; GIGLIOTI, A. Tabagismo e Comorbidades psiquiátricas In: GIGLOTTI, A.; PRESMAN, S. *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABP Saúde, 2006. p.53-71.

LESPÉRANCE, François *et al*. The association between major depression and levels of soluble intercellular adhesion molecule 1, interleukin-6, and C-Reactive protein in patient with recent acute coronary syndromes. *The American Journal of Psychiatry*, Washington, v.161, p.271-277, 2004.

MACHADO, J.; LOPES,M. H. Abordagem do tabagismo na gestação. *Scientia Medica,* Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 75-80, abr./jun. 2009.

MARQUES, Ana Cecília P. R. *et al.* Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.23, n.4, p.200-214, 2001.

________. *et al.* Abuso e dependência da nicotina. São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.amb.org.br/projeto_diretrizes/100_diretrizes/ABUSODAN.PDF>. Acesso em: 23 nov. 2005.

MAJUMDER, M. *et al.* Increased risk of oral leukoplakia and cancer among mixed tabacco users carrying XRCC1 variant haplotypes and cancer among smokers carrying two risk genotypes: One on each of two loci, GSTM3 and XRCC1 (Códon 280). *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*, [s.l.], v.25, p.2106-2112, 2005.

MATULLO, G. *et al.* XRCC1, XRCC3, XPD gene polymorphisms, smoking and 32P-DNA adducts in a sample of healthy subjects. *Carcinogenesis*, [s.l.], v. 22, p.1437-1445, 2001.

MCWILLIANS, J. E. *et al.* Glutatione S-transferase M1 (GSTM1) deficiency and lung cancer risk. *Cancer Ep. Bio. Prev*, v.4, p.589-594, 1995.

MOGHBELI, N. *et al.* C-Reactive Protein and cardiovascular outcomes in smokers versus. nonsmokers in non-ST-elevation acute coronary syndrome . *Am J Cardiol*, [s.l.], v.96, p.635-638, 2005.

MOHRENWEISEN, H. W.; JONES, I. M. Variation in DNA repair is a factor in cancer susceptibility: a paradigm for the promises and perils of individual and population risk estimation? *Mut. Res*, v.400, p.15-24, 1998.

MOREIRA, L. *et al.* Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana na região sul do Brasil. *Rev Saúde Publica*. [s.l.], v.29, n.1, p.46-51, 2005.

MUSSELMAN, Dominique *et al.* Higher than normal plasma interleukin-6 concentration in cancer patients with depression preliminary findings. *The American Journal of Psychiatry*, Washington, v.158, p.1252-1257, 2001.

NUNES, Sandra Odebrecht Vargas *et al*. Avaliação das características clínicas dos fumantes que buscaram tratamento em um Centro de Referência do Sistema Único de Saúde (SUS). *Biosaúde*, [s.l.], v.8, n.1, p.3-24, 2006.

________. A história familial e a prevalência de dependência de álcool e tabaco em área metropolitana na região Sul do Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.26, n.3, p.84-89, 1999.

OKUYEMI, K.; AHLUWALIA, J.; WADLAND, W. The evaluation and treatment of tobacco use disorder. *J Fam Pract*. [s.l.], v.50, p.981-987, 2001.

OLSHAN, A. F. *et al*. XRCC1 polymorphisms and head and neck cancer. *Cancer Letters*, [s.l.], v.178, p.181-186, 2002.

OSHAWA, M. *et al*. CRP levels are elevated in smokers but unrelated to the number of cigarettes and are decreased by long-term smoking cessation in male smokers**.** *Preventive Medicine*, [s.l.], v. 41,p.651-656,2005.

REICHERT, J. *et al*. Diretrizes da SBPT – Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol*, v. 34, n.10, p.845-880, 2008.

RAW, Matin; LARANJEIRA, Ronaldo. Prevenção da dependência da nicotina: uma prioridade de saúde pública. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.23, n.1, p.7-8, 2001.

SILVEIRA, Rita de Cássia; PROCIANOY, Renato S. Níveis de Interleucina-6 e Fator de Necrose Tumoral-alfa liquor de recém-nascidos a termo com encefalopatia hipóxico-isquêmica. *J Pediat*, v.79, n.4, p.297-302, jul./ago. 2003.

SCHMITZ, Norbert; KRUSE, Johannes; KUGLER, Joachim. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, Washington, v.160, p.1670-1676, 2003.

SONG, N., *et al*. CYP1A1 polymorphism and risk of lung cancer in relation to tobacco smoking: a casecontrol study in China, *Carcinogenesis*, [s.l.], v.22, p.11-16, 2001.

TAPPIA, P. *et al*. Cigarette smoking influences cytokine production and antioxidant defenses. *Clinical Sciences*, [s.l.], v.88, p.485-489, 1995.

VAN DER VAART, H. *et al*. Acurte effects of cigarette smoke on inflammation and oxidative stress: a review. *THORAX*, [s.l.], v.59, p.713-721, 2004.

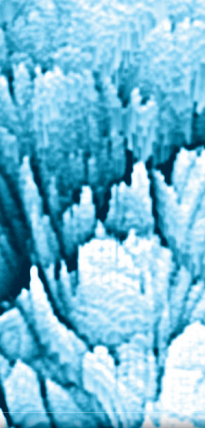
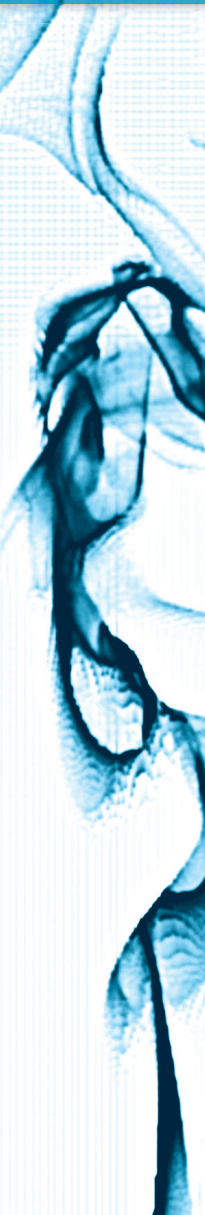
VERBURG, B. *et al*. Effects of maternal smoking in pregnancy on prenatal brain development. *European Journal of Neuroscience*. v.25, n.3. p.611-617, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Health Report.,Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. GENEVA, 2002.

________. ASSIST Working Group: Guidelines for use in primary care. Draft version only v1.1 september, 2003 p.6. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/>. Acesso em: 6 abr. 2007.

________. Building blocks for tobacco control**:** a handbook. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/ en/building_blocks_1.pdf.>. Acesso em: 24 fev. 2009.

________. The global tobacco crisis: tobacco – global agent of death. Who report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_tobacco_crisis_2008.pdf.>. Acesso em: 17 fev. 2009.

YANBAEVA, D. *et al*. Systemic effects of smoking. *Chest*, [s.l.], v.135 ,n.5.p.1557-1566,2007.

2 A Dependência do Tabaco

A Dependência do Tabaco

Sandra Odebrecht Vargas Nunes
Heber Odebrecht Vargas
Luciana Vargas Alves Nunes
Mariane Vargas Nunes Noto

2

O CONCEITO DE DEPENDÊNCIA DO TABACO

A Organização Mundial da Saúde (1993) incluiu o tabagismo na Classificação Internacional de Doenças (CID) como dependência do tabaco (F17. 2). A característica essencial da dependência de tabaco consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando a substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993). Embora 80% dos fumantes expressem um desejo de deixar de fumar e 35% parem, a cada ano, menos de 5% obtêm sucessos em tentativa de abandonar o hábito sem auxílio de um tratamento. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 1996).

A nicotina, potente alcaloide presente na folhas de tabaco, é a substância que produz a dependência do tabaco e a síndrome de abstinência. A força da dependência de nicotina relaciona-se com a fissura ou *craving*, um forte impulso para usar a substância, e com a tolerância (necessidade crescente da substância para atingir o efeito desejado. A cessação do uso de nicotina produz uma síndrome de abstinência, que inclui quatro ou mais dos seguintes sintomas: humor disfórico ou deprimido; insônia; irritabilidade; ansiedade; dificuldade de concentração; inquietação ou impaciência; bradicardia; aumento do apetite ou ganho de peso. Existem os seguintes critérios diagnósticos para a dependência da nicotina, sumarizados no quadro 1:

	Um padrão mal adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou a sofrimento clinicamente significativo e manifestado por três ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:
1	TOLERÂNCIA
	a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeitos desejados;
	b) acentuada redução do efeito com uso continuado da mesma quantidade de substância.
2	ABSTINÊNCIA
	a) síndrome de abstinência característica para substância;
	b) a mesma substância é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
3	A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades, ou por um período mais longo do que o pretendido.
4	Existe um desejo persistente ou esforço malsucedido no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
5	Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização ou recuperação de seus efeitos.
6	Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
7	O uso da substância continua, apesar da consciência de se ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.

Quadro 1 — Dependência de nicotina.
Fonte: *American Psychiatric Association, 2008.*

O estado de abstinência do tabaco é evidenciado com a cessação ou redução recente do uso, após um período prolongado de consumo. Os sinais e sintomas não são explicados por outro transtorno mental e de comportamento, e encontram-se sumarizados no quadro 2:

1	Os critérios gerais para o estado de abstinencia devem ser satisfeitos.
2	Dois dos seguintes sinais e sintomas devem estar presentes:
	a) desejo do tabaco (ou de outros produtos que contenham nicotina);
	b) mal-estar ou fraqueza;
	c) ansiedade;
	d) humor disfórico;
	e) irritabilidade ou inquietação;
	f) insônia;
	g) maior apetite;
	h) tosse;
	i) ulceração na boca;
	j) dificuldades para se concentrar

Quadro 2 — Estado de abstinência do tabaco.
Fonte: *Organização Mundial da Saúde, 1998.*

A dependência do tabaco é uma doença crônica, progressiva e recorrente, mediada por ações de receptores centrais e periféricos. (MARQUES *et al.*, 2001). A décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Organização Mundial da Saúde, 1993) classifica a dependência de tabaco (F17.2) como: forte desejo ou compulsão à nicotina; dificuldades de controlar o uso; cessar ou reduzir causa estado de abstinência, necessidade de doses crescentes da nicotina; abandono, apesar de consequências nocivas à saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

A dependência tabágica explica porque cerca de 70% dos fumantes querem abandonar o fumo, mas não o conseguem. Desses, cerca de um terço tem êxito por apenas um dia e menos de 10% ficam em abstinência por doze meses. A cessação definitiva do tabagismo geralmente só ocorre após várias tentativas, e o número de recaídas é muito grande. (CHATKIN, 2006).

Os critérios diagnósticos da dependência de substância psicoativa são uma relação disfuncional entre o indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância.

O quadro 3 apresenta as diretrizes diagnósticas da dependência de acordo com os critérios da Classificação Internacional das Doenças (CID-10). (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993,1998).

• forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
• comprometimento da capacidade de controlar o comportamento de uso da substância em termos de seu início, término ou níveis, evidenciado por: a substância é frequentemente usada em quantidades maiores ou por um período mais longo que o pretendido ou por um desejo persistente ou esforços infrutíferos para reduzir ou controlar o uso da substância;
• abstinência fisiológica, quando o uso da substância é interrompido ou reduzido, como evidenciada pela síndrome de abstinência da substância ou pelo uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
• tolerância aos efeitos da substância, de forma que há uma necessidade de quantidades significativamente crescentes da substância para obter um efeito desejado, ou um efeito reduzido com o uso continuado da mesma quantidade da substância;
• persistência no uso de substância psicoativa, a despeito de evidências manifestamente nocivas, de conseqüências biopsicossociais adversas;
• abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso das substâncias psicoativas, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou para recuperar de seus efeitos.

Quadro 3 — Diretrizes diagnósticas da dependência de acordo com os Critérios da Classificação Internacional das Doenças (CID-10).
Fonte: *OMS, 1993.*

O tratamento de dependência de nicotina difere daquele de outras dependências da seguinte maneira: 1) o tratamento geralmente usa medicamentos, com níveis variáveis de tratamento comportamental dados aos que desejam recebê-los; 2) estabelece-se uma data específica quando todo o uso do tabaco deve cessar; 3) o dependente de nicotina em geral não sofre de disfunção ocupacional/social considerável devido ao uso do tabaco; 4) exige menos necessidade do envolvimento da família no tratamento; 5) existem medicamentos eficazes para essa dependência. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

Estudos têm mostrado que 30% a 50% das pessoas que começam a fumar escalam para um uso problemático. O Serviço Nacional de Saúde dos Estados Unidos (EUA) mostrou que entre os 70% dos adolescentes que começam a fumar, 25% passam rapidamente a fumar todos os dias. O uso das demais drogas nessa população declina com a idade, mas isso não acontece com o tabaco. A idade média de início de consumo é de 13 a 14 anos, tanto nos EUA como no Brasil, mas a vulnerabilidade para dependência não está relacionada apenas à idade. (MARQUES *et al.*, 2001).

AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DE NICOTINA

O teste de Fagerström para a dependência de nicotina (FTND) é um dos instrumentos mais utilizados de avaliação da dependência. É muito usado em estudos de tratamento e foi traduzido e adaptado para o português por Carmo e Pueyo (2002) (quadro 2.4). Para avaliar o grau de dependência à nicotina e de consumo de tabaco, o importante é descobrir qual é, exatamente, seu ponto de corte da pontuação do FTND, que consiste de seis questões. O escore máximo do teste é 10, e o escore maior do que quatro indica maior gravidade. (HEATHERTON *et al.*, 1991; POMERLEAU *et al.*, 1994; FARGERSTRÖM *et al.*, 1978; 1996).

O FTND possui uma escala de seis itens e a pontuação de 0 a 10. Os escores para dependência de nicotina permitem a classificação da dependência em cinco níveis: muito baixo (0 a 2 pontos); baixo (3 a 4 pontos); moderado (5 pontos); alto (6 a 7 pontos); muito alto (8 a 10). (MENESES-GAYA *et al.*, 2009). Uma soma acima de seis pontos no FTND indica que, provavelmente, o paciente terá desconforto significativo (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar. (REICHERT *et al.*, 2008). O ponto de corte de FTND para a dependência de nicotina foi ≥ 5. (STORR; REBOUSSIN; ANTHONY, 2005).

Um escore inferior a 3, nessa escala, indica que a pessoa tem pouca ou nenhuma dependência de nicotina, enquanto um escore igual ou superior a 6 sugere que o indivíduo é muito dependente. Essa

escala também é capaz de prever quais fumantes tendem a parar de fumar e quais podem ser beneficiados com a terapia de reposição de nicotina. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008). O quadro 4 sumariza o teste de Fagerström para a dependência de nicotina (FTND).

Deve-se ter em mente a complexidade da dependência de nicotina, e ainda que estão sendo desenvolvidos instrumentos que consigam captar as suas várias dimensões. No momento, não existem medidas de dependência à nicotina que incorporem os parâmetros dos processos neuropatológicos subjacentes e que determinem a sua severidade. Outros meios para avaliar a dependência à nicotina são os testes para medir o seu principal metabólito — a cotinina — e o monóxido de carbono no ar expirado (COex). Esses testes são muito úteis, quando disponíveis, para monitorar os progressos alcançados pelo fumante em avaliações seriadas. Na determinação da cotinina salivar, sérica e urinária, o ponto de corte para fumantes ativos é considerado a partir de valores acima de 10, 15 e 100 ng/ml, respectivamente. Em geral, os níveis de cotinina se correlacionam bem com a intensidade de dependência medida pelo FTND. A mensuração do COex é um indicador de fácil emprego, baixo custo, não invasivo e que permite a obtenção de resultado imediato, com o valor de corte do COex acima de 6 ppm, apresentando boa especificidade para aferir o hábito tabágico. (REICHERT *et al.*, 2008).

Os marcadores de dependência de nicotina são: número de cigarros diários, tempo até o primeiro cigarro, concentrações de cotinina, grau de abstinência na última tentativa e número de tentativas fracassadas de parar. (*AMERICAN PSYCHATRIC ASSOCIATION*, 2008).

	QUESTÕES	RESPOSTAS	PONTOS
1	Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?	Após 60 minutos.	0
		31-60 minutos	1
		6-30 minutos	2
		Nos primeiros 5 minutos	3
2	Você encontra dificuldades em evitar fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo: local de trabalho, igrejas, shoppings, etc.?	Não	0
		Sim	1
3	Qual o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?	Qualquer um	0
		O primeiro da manhã	1
4	Quantos cigarros você fuma por dia?	10 ou menos	0
		11-20	1
		21-30	2
		31 ou mais	3
5	Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?	Não	0
		Sim	1
6	Você fuma mesmo estando doente a ponto de ficar acamado a maior parte do dia?	Não	0
		Sim	1
	Pontuação		Leve: 0 a 4
			Médio 5 a 7
			Alto 8 a10

Quadro 4 — Teste para dependência de nicotina de Fagerström.
Fonte: *Heatherton, T. F. et al., 1991.*

A PATOFISIOLOGIA DA DEPENDÊNCIA DO TABACO

Estudos genéticos vêm indicando que a iniciação do tabagismo, o grau de dependência, a dificuldade de cessação e a manutenção da abstinência são substancialmente determinados por um tipo de

herança complexa, a qual envolve múltiplos polimorfismos genéticos. (REICHERT *et al.*, 2008).

Fumantes têm maior prevalência de possuírem familiares em primeiro grau fumantes do que os não fumantes. (NUNES *et al.*, 1999). Estima-se que os fatores genéticos possam ser responsáveis por até 56% do risco de início e 67% da manutenção da dependência da nicotina A vulnerabilidade à dependência nicotínica relaciona-se pela liberação de dopamina no sistema de recompensa do núcleo *accumbens*. (CHATKIN, 2006).

O sistema dopaminérgico tem sido o mais pesquisado, mas o circuito serotonérgico também está sendo estudado. A contribuição genética relatada na manutenção do hábito de fumar tem sido relacionada com o polimorfismo T102C do gene receptor 5-HT2A. Esse receptor é responsável por modular o sistema mesolímbico da dopamina. (PRADO-LIMA *et al.*, 2004).

A evidência do efeito farmacológico da nicotina apoia o papel dos receptores nicotínicos da acetilcolina (nACHRs) nos efeitos de recompensa da nicotina, mediados por meio da renovação (*turnover*) da dopamina e da liberação no núcleo *accumbens*. (GONZALES *et al.*, 2006).

As ações de reforço da nicotina são pela estimulação da via mesolímbica dopaminérgica, que recebe estímulo colinérgico nicotínico diretamente do ato de fumar. Isso medeia o prazer experimentado pelos fumantes, incluindo a elevação do humor, ampliação cognitiva e diminuição do apetite. (STAHL, 2002).

A base neural das drogas de abuso e dependência focaliza em comportamentos motivacionais e de escolhas que envolvem a amígdala, o córtex pré-frontal e o núcleo accumbens. Essas vias são chamadas de circuito de recompensa do cérebro. A amígdala emerge envolvimento de comportamentos de medo e motivação, enquanto o núcleo *accumbens* está envolvido em comportamentos de recompensa e motivacionais. O córtex pré-frontal determina a intensidade da resposta comportamental e é a ligação entre emoções positivas e negativas na amígdala e no núcleo *accumbens*. (KALINA; VOLKOW, 2005).

Segundo Goldstein e Volkow (2002), a dependência de substância psicoativa tem uma base neurobiológica descrita a seguir.

A intoxicação por substância psicoativa aumenta a concentração de dopamina na região cerebral límbica, em particular o *núcleo accumbens*.

A fissura ou *craving* da droga é a resposta aprendida que liga a droga e seu ambiente ao prazer ou à experiência de intenso superpoder. O substrato neuroanatômico de consolidação da memória da fissura ou *craving* envolve as regiões cerebrais da amígdala e do hipocampo, mas a ativação do circuito tálamo-orbitofrontal e o cíngulo anterior podem ser os elementos definidores da experiência atualizada do *craving*.

A compulsão ou a perda de controle para administração das drogas de abuso e dependência ocorre quando o indivíduo percebe que a droga não é mais prazerosa e causa efeitos e consequências adversas. A compulsão está associada com os circuitos da dopamina, serotonina e glutamato, e provavelmente envolve a ativação do circuito tálamo-orbitofrontal e cíngulo anterior.

Segundo Goldstein e Volkow (2002), a dependência de substâncias psicoativas tem uma base neurobiológica, como segue (Figura 2.1).

1• Intoxicação

Na intoxicação, aumenta a concentração de dopamina nas regiões cerebrais do sistema límbico, em particular no núcleo *accumbens*.

2• Fissura ou *craving*

É a resposta aprendida do prazer ou uma intensa experiência de todo-poderoso. O substrato neuroanatômico da consolidação da memória do prazer envolve regiões cerebrais da amígdala, hipocampo, giro do cíngulo anterior e tálamo orbitofrontal.

3• Compulsão para administração de drogas

A compulsão ou perda de controle para administrar drogas, mesmo com os efeitos adversos, está associada aos circuitos cerebrais serotoninérgicos, dopaminérgicos e glutamatérgicos, e provavelmente à ativação do circuito tálamo-orbitofrontal e giro do cíngulo anterior.

4• Abstinência

A retirada ou redução das drogas culmina em sinais e sintomas físicos e psicológicos como humor disfórico, irritabilidade e anedonia (perda do prazer). A abstinência envolve alteração nos circuitos córtex frontal e nos neurotransmissores dopamina, serotonina e fator liberador de corticotrofina (CRF).

Na dependência da nicotina, no período de **intoxicação**, ocorre um aumento da dopamina e do prazer. Na **fissura**, ocorre uma vontade intensa de fumar, que dura cinco minutos e pode persistir por meses, mas diminui progressivamente. Na **compulsão,** ou perda de controle, ocorre aumento de serotonina e redução da ansiedade. Na **síndrome de abstinência,** ocorre redução da dopamina, serotonina, noradrenalina, acetilcolina e aumento do glutamato, e os sinais e sintomas são: ansiedade, dificuldade de concentração, agitação, irritabilidade, agressividade, tontura, cefaleia e desconforto abdominal, que pode durar por duas ou três semanas.

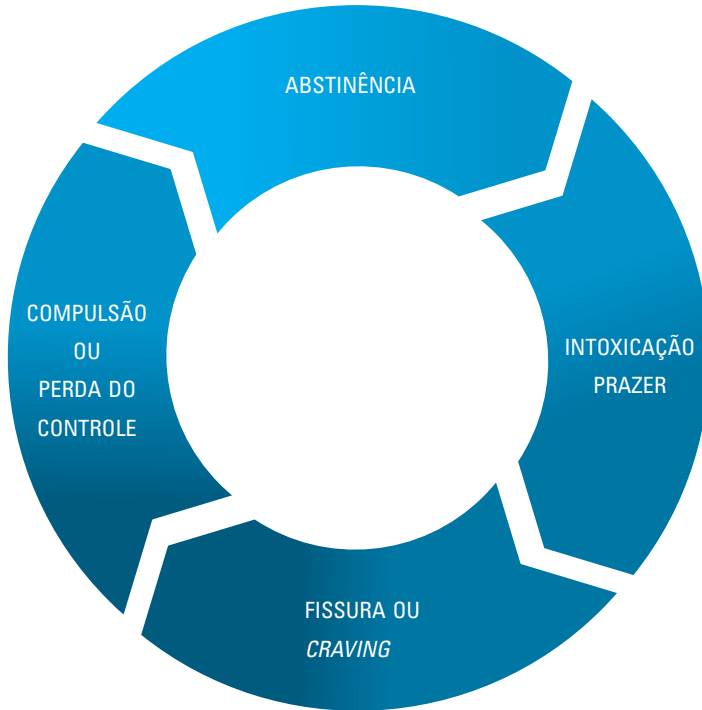



Figura 1 — Alterações neurobiológicas induzidas por alterações de neurotransmissores pela dependência à nicotina.

A síndrome de abstinência decorrente da retirada ou redução da droga resulta na dessensibilização de circuitos que culminam no humor disfórico, anedonia e irritabilidade, e possivelmente contribui para recaídas. Na síndrome de abstinência, as mudanças estão envolvidas com a dessensibilização dos circuitos frontal e cortical e neurotransmissores, que incluem a dopamina, serotonina e fator de liberação corticotrófico (CRF).

A característica da dependência de drogas é uma vulnerabilidade contínua à recaída, mesmo após anos de abstinência da droga, decorrente da base neural da dependência relacionada com motivação e escolhas. A vulnerabilidade é decorrente do aumento do

desejo da droga e da reduzida capacidade para controlar o desejo. A adaptação celular na inervação glutamatérgica da região pré-frontal recebida do núcleo a*ccumbens* promove as características compulsivas de procura da droga em dependentes, por meio da redução da recompensa, diminuição do controle cognitivo (escolhas) e pelo aumento glutamatérgico do desejo em respostas aos estímulos associados com a droga. (KALIVAS; VOLKOW, 2007)

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, Washington, v.151, p.1-31, 1996.

________. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*: DSM-IV-TR. 4.ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003

________. *Diretrizes para o tratamento de transtornos Psiquiátricos compêndio 2006*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CARMO, J. T.; PUEYO, A. A. A adaptação ao português do Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes. *Rev Bras Med.*, [s.l.], v.59, n.1/2, p.73-80, 2002.

CHATKIN, J. M. A influência da genética na dependência tabágica e o papel da farmacogenética no tratamento do tabagismo**.** *J Bras Pneumol.*, [s.l.], v.32, n.6, p.573-9, 2006.

FAGERSTRÖM, Karl O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 3, n. 3/4,p. 235-241, 1978.

________. *et al*. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tobacco Control*, London, v. 5, n. 1, p. 52-56, 1996.

GOLDSTEIN, R.; VOLKOW, N. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry*, [s.l.], v.159, p.1642-1652, 2002.

GONZALES, D. *et al.* Varenicline. *JAMA,* [s.l.], v.296, p.47-55, 2006.

HEATHERTON, T. F. *et al*. The Fagerström Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*, London, v. 86, n. 9, p. 1119-1127, 1991.

KALIVAS P.; VOLKOW, N. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am J Psychiatry*, [s.l.], v.162, p.1403-1413, 2005.

KALIVAS P.; VOLKOW, N. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *FOCUS*, v.5, p. 208-219, 2007.

MARQUES, Ana Cecilia P. R. *et al*. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* São Paulo, v.23, n.4, p. 200-214, 2001.

MENESES-GAYA, I. C. *et al*. As propriedades psicométricas do teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. *J Bras Pneumol,* [s.l.], v.35, n.1, p.73-82, 2009.

NUNES, Sandra Odebrecht Vargas *et al*. A história familial e a prevalência de dependência de álcool e tabaco em área metropolitana na região Sul do Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.26, n.3, p. 84-89, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e comportamentais da C.I.D. 10*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

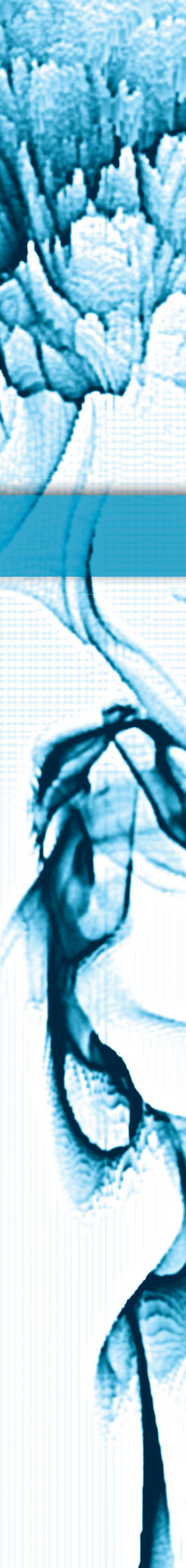
________. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Critérios Diagnósticos para Pesquisa*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p.94-105.

POMERLEAU, Cynthia S. *et al*. Reliability of the Fagerström Tolerance questionnaire and the Fagerström test for nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, Oxford, v.19, n.1, p.33-39, 1994.

PRADO-LIMA, P. *et al*. Polymorphism of 5HT2A Serotonin Receptor Gene Is Implicated in Smoking Addiction. *American Journal of Medical Genetics.* (Neuropsychiatric Genetics), v.128B, p.90-93, 2004.

REICHERT, J. *et al*. Diretrizes da SBPT – Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol*, v.34, n.10, p.845-880, 2008.

STAHL, S. *Psicofarmacologia Bases neurocientíficas e aplicações Prática*. 2.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

STORR, C.; REBOUSSIN, B.; ANTHONY, J. The Fagerström test for nicotine dependence: a comparison of standard scoring and latent class analysis approaches. *Drug Alcohol Depend*., v.80, n. 2, p. 241-50, 2005.

3 Ambiente Livre de Tabaco

Ambiente Livre de Tabaco

Sandra Odebrecht Vargas Nunes
Márcia Regina Pizzo de Castro
Maria Madalena Batista de Souza Lanssoni
Regina Célia Rezende Machado

3

O PROGRAMA AMBIENTE LIVRE DE CIGARRO

Todos os programas de controle do tabagismo objetivam reduzir a exposição à fumaça ambiental do tabaco dos ambientes de trabalho e unidades de saúde por meio de informação, educação, sensibilização, mobilizações políticas, medidas legislativas e econômicas favoráveis ao controle do tabagismo. (BRASIL, 2004).

Todo Ambulatório Para a Abordagem e Tratamento do Tabagismo deverá ter um ambiente 100% livre do cigarro. Na instituição em que será implantado o ambulatório deverão ser realizados dois cursos: 1) o primeiro de abordagem breve, para sensibilizar todos os funcionários da instituição sobre os malefícios do tabagismo, do tabagismo passivo e da dependência de nicotina, e como abordar um paciente que fuma; 2) o segundo, de abordagem intensiva, com a equipe que realizará as intervenções de cessação do tabagismo. Nos cursos de treinamento, deverão ter atitudes acolhedoras e habilidades de comunicação.

Nos treinamentos, os profissionais da saúde deverão desenvolver habilidades de comunicação (perguntar, escutar e informar), usadas em três estilos (acompanhar, orientar, direcionar), para mudança de comportamento do hábito tabágico. Essas habilidades fazem parte da entrevista motivacional para explorar a percepção do paciente sobre sua situação atual e suas motivações para mudança. Dessa forma, devem-se entender as razões do paciente para a cessação do tabagismo, que muitas vezes não são as do profissional da saúde. A técnica da entrevista motivacional tem três ferramentas de habilidades de comunicação, que se unem para orientar em vez de ordenar, incentivar em vez de envergonhar, negociar em vez de ditar. O estilo de orientação é mais efetivo do

que fazer um discurso quando se necessita mudar o comportamento. (ROLLNICK; MILLER; BUTLER ,2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda, também, medidas regulamentares que atuem no setor do consumo dos produtos do tabaco, como a lei para garantir a proteção à saúde, direito e bem-estar dos não fumantes. (BRASIL, 1998). A Lei Federal N 9.294/96, regulamentada pelo Decreto N 2018 de 01 de outubro de 1996, dispõe sobre restrições ao uso e à propaganda de derivados do tabaco. (BRASIL, 1996a, 1996b). Devem ser colocados avisos escritos e orais sobre a proibição de fumar em recintos fechados onde sejam obrigatórios o trânsito ou a permanência de pessoas, considerando os dispositivos da Lei Estadual n. 14.743/2005, de 15 de junho de 2005, e as alterações introduzidas pela Lei Estadual n. 15.492/2007, de 10 de maio de 2007, do Governo do Estado do Paraná, que proíbe fumar nos recintos e edificações. (PARANÁ, 2005, 2007).

De acordo com o INCA, novas orientações devem ser adotadas pelo Brasil e pelos países que ratificaram a Tratado Internacional da Organização Mundial da Saúde, determinando que lugares públicos e ambientes de trabalho sejam 100% livres da fumaça do tabaco, e reforçando o fato de que ventilação e filtragem do ar não são suficientes para reduzir a exposição passiva aos malefícios da fumaça do tabaco. (BRASIL, 2007). Contudo, não há métodos seguros de proteção em ambientes fechados para aqueles que não fumam. Dessa forma, a OMS entende que a única medida eficaz de proteger totalmente a saúde de não fumantes em recintos fechados é a adoção de ambientes 100% livres do tabaco, proibindo totalmente o tabagismo em ambientes fechados.

Proibir fumar em recintos fechados onde sejam obrigatórios o trânsito ou a permanência de pessoas, precisa de avisos escritos e orais dessa proibição, de acordo com a lei 14743 de 15/06/2005, que proíbe fumar nos recintos e edificações e foi publicada no diário oficial 6998 de 16/06/2005. A instituição a ser implantado o Ambulatório Para o Tratamento da Dependência do Tabaco deverá estar sensibilizada para intervenção na estrutura física, como a remoção dos cinzeiros, proibição da venda de cigarro na instituição,

sinalização com cartazes do ambiente livre de cigarros, normatizar as ações de controle do tabagismo, programar ações educativas e de divulgação, apoiar o funcionário fumante no processo de cessação de fumar e formar uma comissão, com profissionais das diversas áreas, para o controle do tabaco na instituição.

De acordo com estudos científicos, não há métodos seguros de proteção em ambientes fechados para aqueles que não fumam, dessa forma, segundo o INCA, a Organização Mundial da Saúde (OMS) entende que a única medida eficaz de proteger totalmente a saúde de não fumantes em recintos fechados é a adoção de ambientes 100% livres do tabaco, proibindo totalmente o tabagismo em ambientes fechados.

O Programa Ambiente Livre de Cigarro deve ser implantado porque o tabagismo é o maior fator isolado de adoecimento e morte. Principal causa de morte evitável em todo o mundo, o tabagismo causa, somente no Brasil, cerca de 200 mil mortes por ano. Da mesma forma, o tabagismo passivo causa males que vão de irritação nos olhos, tosse, dor de cabeça e aumento dos problemas alérgicos e cardíacos, até efeitos de médio e longo prazo. Os fumantes passivos têm um risco 23% maior de desenvolver doença cardiovascular e 30% mais chances de ter câncer de pulmão. Têm também mais propensão à asma, redução da capacidade respiratória, 24% a mais de chances de infarto do miocárdio e maior risco de arteriosclerose. (BRASIL, 2007).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), os trabalhadores, em geral, passam 80% do tempo em ambientes fechados, e o tabagismo causa a poluição tabagística ambiental. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) calcula que pelo menos 200 mil trabalhadores morrem, a cada ano, devido à exposição à fumaça ambiental do tabaco no trabalho.

A poluição decorrente da fumaça dos derivados do tabaco em ambientes fechados é denominada de fumaça ambiental do tabaco (FAT). O indivíduo, mesmo que não sinta o incômodo pela fumaça, deve ser orientado quanto aos riscos da exposição a esse tipo de poluição, que pode causar câncer, doenças respiratórias e cardiovasculares, entre outras.

Os dois componentes principais da fumaça ambiental do tabaco são a fumaça inalada pelo fumante, chamada de corrente primária, e a fumaça que sai da ponta do cigarro, a corrente secundária. Esta última é o principal componente da FAT, formada em 96% do tempo total da queima dos derivados do tabaco.

As substâncias como a nicotina, o monóxido de carbono, a amônia, o benzeno, as nitrosaminas e outros carcinógenos podem ser encontrados em quantidades mais elevadas na corrente secundária. Isso porque não são filtrados, e também devido ao fato de que os cigarros queimam em baixa temperatura, tornando a combustão das substâncias incompleta.

Segundo a OMS, as razões que devemos considerar ao propor ambientes sem fumaça do tabaco são (BRASIL, 2007):

- Tabaco mata e provoca doenças graves;
- Um ambiente 100% livre de tabaco protege totalmente a população dos riscos graves da exposição ao fumo desta substância;
- Direito ao ar puro faz parte dos Direitos Humanos;
- Estatísticas revelam que a proibição de fumar é apoiada tanto por fumantes como por não fumantes;
- Ambientes sem fumaça de tabaco são tão bons para negócios como para famílias com crianças;
- Ambientes sem fumaça dão aos fumantes que estão tentando deixar de fumar um incentivo para fazê-lo;
- Ambientes sem fumaça ajudam a prevenir, principalmente os mais jovens, de se iniciarem como fumantes.

A implantação de uma política por um ambiente livre do tabaco. decorrente das evidências consideráveis que a exposição à fumaça ambiental do tabaco causa câncer em serem humanos. Os prejuízos à saúde da fumaça ambiental em não fumantes são: câncer de pulmão, infarto do miocárdio, função pulmonar reduzida, irritação dos olhos, congestão nasal e tosse, infecção do trato

respiratório no primeiro ano de vida, asma e síndrome da morte súbita do lactente. (BENOWITZ, 1997).

Os profissionais de saúde são modelos de comportamento e a unidade de saúde é uma vitrine de promoção à saúde Há uma crescente demanda por parte dos fumantes para receberem apoio para deixar de fumar e o tratamento do fumante depende da estrutura de saúde e de seus profissionais.

O programa não tem como objetivo perseguir fumantes, e sim apoiá-los no processo de cessação de fumar, e consequentemente na preservação da saúde e qualidade de vida destas pessoas.

O programa deve procurar envolver fumantes nas suas atividades a ter atitudes agregadoras, não conflitantes.

Interessante envolver os ex-fumantes aos grupos de apoio, além de encorajar os novos participantes são estimulados a manter-se em abstinência.

CONSEQUÊNCIAS DO TABAGISMO PASSIVO

O tabagismo passivo pode contribuir para morte por câncer de pulmão e doença arterial em não fumantes. Entre as crianças, o tabagismo passivo é implicado na síndrome de morte súbita infantil, no baixo peso ao nascer, em infecções crônicas do ouvido médio e em doenças respiratórias (asma, bronquite e pneumonia). A exposição involuntária ao tabagismo passivo permanece um risco comum à saúde pública, que pode ser prevenido com as políticas reguladoras adequadas. (SADOCK; SADOCK, 2007).

Fumantes passivos também adoecem em consequência do cigarro, e as crianças e os idosos são as principais vitimas. Os efeitos da poluição tabagística ambiental em fumantes passivos podem ser imediatos, a médio ou a longo prazo, como: irritação nos olhos; tosse; dor de cabeça; aumento dos problemas alérgicos, principalmente das vias respiratórias; e aumento dos problemas cardíacos. Pesquisas indicam um risco 23% maior de desenvolvimento de doença cardiovascular, 30% mais chances de desenvolvimento de câncer

de pulmão e 24% a mais de chances de infarto do miocárdio, além da redução da capacidade funcional respiratória, maior risco de aterosclerose, maior propensão à asma e maior número de infecções respiratórias, asma e doença cardiovascular em crianças. Filhos de gestantes que fumam podem nascer com baixo peso, sofrer aborto espontâneo ou morrer ao nascer. (BRASIL, 2007).

AÇÕES EDUCATIVAS PARA O AMBIENTE LIVRE DE CIGARRO

Um programa **Ambiente Livre de Cigarro** deve ser calcado em ações educativas para disseminar informações na comunidade, tornar os ambientes livres de tabaco e promover a cessação de fumar. O programa tem buscado potencializar essas ações por meio da mobilização de ações comunitárias, legislativas e econômicas que criem um ambiente social favorável à redução de consumo do tabaco.

As ações educativas são dirigidas a diferentes grupos-alvo, e têm como objetivos: 1) socializar as informações científicas sobre os malefícios do tabaco, incluindo o tabagismo passivo, sobre dependência do tabaco e cessação de fumar, 2) informar sobre a legislação para o controle do tabaco existente no Brasil e mobilizar seu cumprimento, 3) mobilizar o apoio da sociedade brasileira, sobretudo dos formadores de opinião, 4) estimular mudanças de comportamento entre formadores de opinião. (BRASIL, 2004). Além disso, realizar campanhas educativas na comunidade para reflexão sobre o combate ao tabagismo no **Dia Mundial sem Tabaco**, em 31 de maio, e no **Dia Nacional de Combate ao Fumo**, em 29 de agosto.

Ambientes livres do tabaco previnem a mortalidade e a morbidade, e os passos para realizá-los estão sumarizados no quadro 5.

1	Comprometimento dos dirigentes, por meio da criação de uma política institucional de ambientes livres de tabaco (sugestão: elaborar um termo de compromisso para oficializar a implantação do Ambiente Livre de Tabaco, com a participação ativa dos funcionários e gerentes);
2	Sensibilização dos diversos setores da instituição para adesão e cumprimento da política;
3	Identificar o perfil dos fumantes e não fumantes das instituições através de pesquisa/questionário. Apresentar e discutir resultados com os funcionários;
4	Oferecer tratamento ou referência de locais públicos ou privados para os funcionários que desejarem parar de fumar;
5	Sinalizar a proibição nas dependências e veículos da instituição;
6	Retirar cinzeiros;
7	Monitorar, avaliar e acompanhar o processo do programa.

Quadro 5 — Passos sugeridos para implantar um ambiente livre de tabaco.

As áreas compartilhadas por fumantes e não fumantes, num mesmo ambiente interno, não protegem adequadamente os não fumantes das toxinas contidas na fumaça dos cigarros. Como o sistema de ar condicionado é comum a todos, uma área de fumantes numa determinada parte do prédio provoca poluição do ar no prédio todo. Além disso, as restrições parciais ao tabagismo não resultam em diminuição do consumo de produtos de fumo, porque fumar continua relativamente fácil para o fumante. Por outra parte, quando 100% dos ambientes nos locais internos de trabalho estão livres do tabagismo, há uma queda de quase 30% no tabagismo entre os fumantes. (BRASIL, 2004).

REFERÊNCIAS

BENOWITZ, N. Tabaco. *In*: BENNETT, C.; PLUM, F. Cecil. *Tratado de Medicina Interna*. 20.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p.39-43.

BRASIL. Lei Federal n° 9294 de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígeros, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, 16 jul. 1996a.

________. Decreto n° 2018 de 1 de outubro de 1996. Regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição. **Diário** *Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, 2 out. 1996b.

________. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde; Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). *Falando sobre tabagismo*. 3.ed. Rio de Janeiro: INCA, 1998. p. 56-9.

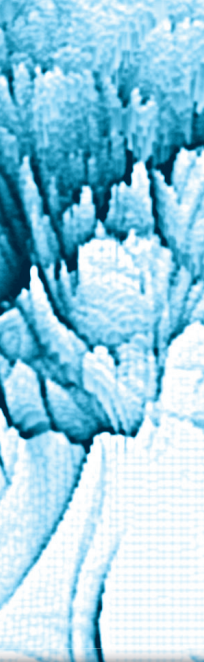
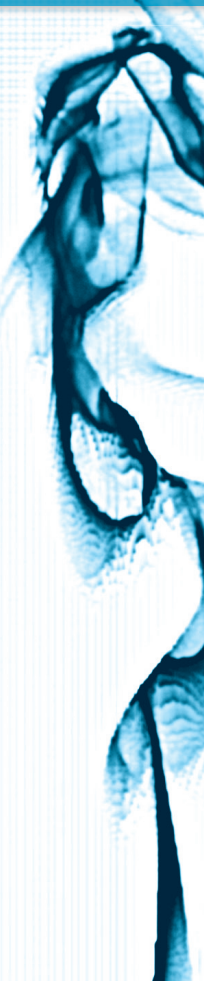
________. Ministério da Saúde. *Tabaco e pobreza*: um círculo vicioso. Brasília, 2004.

________. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). *Ambiente livre do fumo é direito de todos*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view.asp? ID=1491>. Acesso em: 29 ago. 2007.

PARANÁ. Lei Estadual nº 14743, de 15 de junho de 2005. Proíbe fumar nos recintos e edificações que especifica e adota outras providências.Assembléia Legislativa do Estado do Paraná. *Diário Oficial [do Estado do Paraná]*, Curitiba, n. 6998, 16 jun. 2005.

________. Lei Estadual nº 15492, de 9 de maio de 2007. Altera dispositivos da Lei 14743, de 15 de junho de 2005, que dispõe sobre proibição de fumar em recintos públicos, conforme especifica. *Diário Oficial [do Estado do Paraná]*, Curitiba, n. 7468, 10 maio 2007.

ROLLNICK, S.; MILLER,W.; BUTLER,C. *Entrevista Motivacional no cuidado da saúde:* Ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: ARTMED, 2008.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. *Compêndio de psiquiatria:* Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

4 Habilidades Motivacionais

Habilidades Motivacionais

Sandra Odebrecht Vargas Nunes
Márcia Regina Pizzo de Castro

4

AS HABILIDADES MOTIVACIONAIS NA ABORDAGEM DO TABAGISTA

As habilidades motivacionais são técnicas para evocar no paciente as suas boas motivações para fazer mudanças comportamentais no interesse de sua própria saúde. (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2008). Na abordagem do tabagista, o profissional da saúde estimula-o a adotar hábitos saudáveis, instrumentalizando-o com estratégias baseadas na entrevista motivacional.

A entrevista motivacional (EM) é uma abordagem criada para auxiliar as pessoas a reconhecer e fazer algo a respeito de seus problemas presentes e potenciais. Ela é particularmente útil com pessoas que relutam em mudar e que são ambivalentes quanto à mudança. Pretende ajudar a resolver a ambivalência e colocar a pessoa em movimento, no caminho para a mudança. (MILLER; ROLLNICK, 2001). A EM atua ativando a própria motivação dos pacientes para a mudança e a adesão ao tratamento. A motivação para mudar é maleável e é formada principalmente no contexto dos relacionamentos. (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2008).

Essa abordagem, que junta várias abordagens já existentes, tais como a terapia centrada no cliente e terapias breves, acrescentando alguns novos conceitos, tem como objetivo principal promover a mudança de comportamento.

As estratégias da entrevista motivacional são mais persuasivas do que coercitivas, mais encorajadoras do que argumentativas. O terapeuta busca criar uma atmosfera positiva que conduza à mudança. A meta final é aumentar a motivação intrínseca do paciente, de modo que a mudança venha de dentro, em vez de ser imposta de fora. Quando tal abordagem é corretamente utilizada, é o paciente quem apresenta os argumentos para a mudança, mais

do que o terapeuta. A EM emprega uma variedade de estratégias, algumas derivadas da terapia centrada no paciente, para chegar a isso. O entrevistador motivacional trabalha com uma forte noção de objetivo e com estratégias para atingir tal fim; além disso, deve contar com uma boa noção de *timing* para intervir de maneiras específicas em momentos incisivos. (MILLER; ROLLNICK, 2001).

A motivação para o tratamento pode ser considerada um componente crítico em intervenções destinadas a mudar comportamentos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. A classificação dos pacientes em “estágios de mudança” pode ser uma ferramenta útil para organização e aperfeiçoamento dos programas de tratamento. (OLIVEIRA; MALBERGIER, 2003).

A EM baseia-se em dois conceitos. O primeiro é o de ambivalência que, nesse contexto, não significa apenas a relutância a fazer algo, mas sim a experiência de um conflito psicológico para decidir entre dois caminhos diferentes. Os dependentes de tabaco, quando buscam tratamento, geralmente o fazem com conflitos, com aquilo que chamamos de motivação flutuante, isto é, eles querem fazer algo a respeito do seu comportamento mas, ao mesmo tempo, também não querem. No caso dos fumantes, por exemplo, o conflito seria entre continuar fumando e parar de fumar. Ambivalência quanto à mudança de comportamento é difícil de resolver, porque cada lado do conflito tem seus benefícios e seus custos. Por ser a EM uma técnica desenvolvida para lidar com a dependência, tem-se como uma das suas metas principais a constatação e a resolução da ambivalência.

O segundo conceito é o de prontidão para a mudança, baseada no modelo de estágios de mudança, desenvolvido por Prochaska e Diclemente (1982). Tendo como base o conceito de motivação como um estado de prontidão ou vontade de mudar (como mencionado anteriormente, um estado interno mutável de acordo com fatores externos), esse modelo acredita que a mudança se faz mediante um processo e, para tal, a pessoa passa por diferentes estágios. A primeira forma de mostrar esse processo foi por meio de uma roda. São necessárias habilidades diferentes ao se trabalhar nos estágios da contemplação e da ação.

A maneira como falamos com os pacientes sobre a sua saúde pode influenciar substancialmente sua motivação pessoal para mudar o seu comportamento. Rollnick, Miller e Butler (2008) propõem quatro princípios orientadores descritos abaixo:

1• Resistência ao reflexo de consertar as coisas;

Relacionado à necessidade dos profissionais da saúde de prevenir o mal e promover o bem-estar. O problema é que essa inclinação inicial tem um efeito paradoxal. A razão não é que os pacientes sejam fracassados, resistentes, preguiçosos ou agarrados a uma nociva negação. Em vez disso, resistir à persuasão é uma tendência humana. Isso é particularmente verdadeiro quando se é ambivalente em relação a alguma coisa.

2• Entenda as motivações do seu paciente;

Pois são elas, e não as suas, que são mais prováveis de desencadear a mudança de comportamento. Você deve perguntar aos pacientes por que eles gostariam de fazer uma mudança, e como poderiam fazê-la, no lugar de dizer a eles o que deveriam fazer.

3• Escute o seu paciente;

Porque os profissionais da saúde que desejam mudança de comportamento deverão lembrar que as respostas estarão dentro do próprio paciente, e é necessário escutá-los para encontrá-las.

4• Fortalecendo o paciente;

Os profissionais da saúde podem ajudá-lo a ser ativo e a explorar seus próprios recursos entendendo o porquê e como da mudança.

OS ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

Os estágios foram descritos por Prochaska e Diclemente (1982), fornecendo uma maneira útil para o entendimento de como as pessoas mudam seu comportamento e para avaliar o quanto a

pessoa está disposta a mudar um comportamento de risco para outro, de preservação da saúde.

O ponto de partida para o processo de mudança é o estágio 1. Nesse estágio, a pessoa ainda não está considerando a possibilidade de mudança (*pré-ponderação* ou *pré-contemplação*). Quando a pessoa é abordada e diz-se a ela que há um problema, ela pode ficar mais surpresa do que na defensiva. Os pré-ponderadores raramente se apresentam para tratamento. O objetivo, nesse estágio, é aumentar a percepção do paciente sobre riscos e problemas em relação ao tabagismo e motivá-lo a para pensar em mudança. De um modo geral a pessoa, nesse estágio, sequer encara o seu comportamento como um problema, podendo ser considerada resistente ou em negação.

As questões abordadas no estágio de *pré-contemplação* que motivam a pensar em mudança segundo, Zimmerman, Olsen e Bosworth (2000), são:

1• **O que você acha que poderá acontecer se você continuar com o seu problema?**

2• **O que mais teme que possa acontecer, se não fizer a mudança?**

3• **Você já tentou mudar alguma vez? O que aconteceu?**

Uma vez que alguma consciência do problema tenha surgido, a pessoa entra em um período caracterizado pela ambivalência, ou seja, no estágio de *contemplação* ou *ponderação*. Nele, a pessoa considera a mudança ou a rejeita, pensando em diminuir ou parar com o comportamento de risco. O objetivo é encorajá-las a falar sobre as razões e as barreiras para a mudança. Uma ferramenta útil, nesse estágio, é comparar a ambivalência do comportamento de risco a uma balança, e pesar as razões para mudar e as razões para continuar na mesma situação. O contemplador considera a mudança, mas ao mesmo tempo a rejeita, e é nessa fase que a ambivalência, estando no seu ápice, deve ser trabalhada para possibilitar um movimento rumo à decisão de mudar. Outra estratégia é saber as

vantagens e desvantagens a curto e a longo prazo do comportamento de risco.

As questões abordadas no estágio de *contemplação* que motivam a pensar em mudança, segundo Zimmerman, Olsen e Bosworth (2000), são:

- Por que você deseja mudar agora?
- Quais as razões para a mudança?
- Quais os melhores resultados que você pode imaginar se fizesse uma mudança?
- Quais as barreiras para você realizar a mudança?
- Se você decidir fazer uma mudança, quais são suas expectativas para o futuro?
- Quem poderia lhe ajudar?
- Quais as coisas que funcionaram para você em outras ocasiões?
- Quais as suas necessidades para a mudança?

Uma vez trabalhada a ambivalência, a pessoa pode passar para o estágio de *preparação* ou *determinação*, onde ela está pronta para mudar e compromissada com a mudança. Faz parte desse estágio aumentar a responsabilidade pela mudança e elaborar um plano específico de ação. No estágio da *preparação* ou *determinação,* o terapeuta deve ajudar a pessoa a determinar a melhor linha de ação a ser seguida na busca da mudança.

O estágio seguinte é o de *ação*, onde a pessoa já muda e usa a terapia como um meio de assegurar-se do seu plano, para ganhar autoeficácia e, finalmente, para criar condições externas para a mudança No estágio da *ação,* o terapeuta deverá ajudar o paciente a dar passos rumo à mudança. As intervenções, nesse estágio, incluem: negociar conjuntamente as metas para mudar um comportamento de dependência do tabaco; sugerir estratégias que o paciente escolheria para ajudá-lo a reduzir ou parar seu

comportamento de risco; ajudá-lo a identificar as situações de risco de recaída, como estresse, condicionamentos, lapsos e recompensas; dar apoio para que ele escolha suas estratégias de ação.

O grande teste para comprovar a efetividade da mudança seria a estabilidade nesse novo estado por anos que, no processo de mudança, chama-se *manutenção*. O estágio da *manutenção* do novo comportamento deve identificar e utilizar estratégias de prevenção de recaídas. As pessoas que estão tentando manter o comportamento mudado necessitam ser encorajadas a continuar o padrão atual e a identificar as situações e o manejo dessas situações.

Porém, deve-se ter em conta que, uma vez atingida alguma mudança, não significa que a pessoa se manterá nesse estágio: muitas pessoas acabam recaindo e tendo que recomeçar o processo. Nem sempre recomeçam pelo estágio inicial. Muitas pessoas passam inúmeras vezes pelas diferentes etapas do processo para chegar ao término, isto é, uma mudança mais duradoura.

A *recaída* é um aspecto essencial a ser entendido quando se fala em mudança de hábito nas dependências. No estágio de *recaída,* a desesperança costuma ser frequente. É preciso orientar o fato de que a recaída faz parte do tratamento. O profissional da saúde deverá ajudar a renovar os processos de ponderação, determinação e ação, sem desvalorização, proporcionando motivação para recomeçar.

Os tabagistas estão, de 10% a 15%, na fase da ação; aproximadamente 30% a 40% estão na fase de contemplação e de 50% a 60%, na fase de pré-contemplação. (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

OS COMPONENTES DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Os componentes da entrevista motivacional que objetiva ajudar às pessoas a moverem-se nos estágios de mudanças estão sumarizadas no quadro 6. O que as motiva para a mudança e para o tratamento segundo Miller e Rollnick (2001), pode ser apresentado em blocos de construção:

oferecer ORIENTAÇÃO
remover BARREIRAS
proporcionar ESCOLHAS
diminuir o aspecto DESEJÁVEL do comportamento
praticar EMPATIA
proporcionar *FEEDBACK*
esclarecer OBJETIVOS

Quadro 6 — Componentes da entrevista motivacional.

Oferecer **Orientação** - Um elemento que estimula a mudança é uma orientação clara. Os conselhos por si só provavelmente não são suficientes para induzir à mudança na maioria dos indivíduos, mas a influência de uma orientação clara e compassiva não deve ser desprezada.

Remover **Barreiras -** Identificação e remoção das barreiras para as mudanças. As principais barreiras têm a ver com acesso ao tratamento ou outras estratégias de mudança.

Proporcionar **Escolhas** - Oferecer aos pacientes uma escolha entre abordagens alternativas pode diminuir a resistência e a desistência. Além disso, pode melhorar tanto a aderência aos tratamentos quanto o seu resultado. Poucas pessoas gostam que lhes digam o que fazer, ou que sejam forçadas a tomar determinada atitude. De fato, pode surgir resistência se a pessoa perceber que sua liberdade está sendo limitada ou ameaçada.

Diminuir o aspecto **Desejável** do comportamento ocorre na fase de contemplação, quando a pessoa está considerando os custos e os benefícios da mudança em relação aos méritos de continuar como antes. É como se houvesse uma balança motivacional entre os fatores favoráveis ao *status quo* e aqueles favoráveis à mudança. É seguro presumir que um padrão de comportamento persistente, apesar de suas consequências negativas, é mantido por incentivos

positivos. Uma importante tarefa motivacional é identificar os incentivos positivos para a manutenção do comportamento.

Praticar a **Empatia** é uma habilidade específica para que haja compreensão dos significados da outra pessoa pelo uso da escuta reflexiva. Requer atenção aguçada a cada nova afirmação do paciente e a geração contínua de hipóteses em relação ao significado subjacente.

Proporcionar ***Feedback*** (retorno) - O conhecimento claro sobre a situação presente é o elemento da motivação para a mudança.

Esclarecer **Objetivos** é o estabelecimento de metas definidas que facilitam a mudança.

Ajudar **Ativamente** significa estar ativa e afirmativamente interessado no processo de mudança do paciente. A mudança é uma decisão do paciente, mas o terapeuta pode exercer grande influência sobre a tomada de decisão.

OS PRINCÍPIOS DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

A entrevista motivacional é uma interação do tipo diretiva, centrada no cliente, e que objetiva ajudar as pessoas a resolverem suas ambivalências sobre o uso do tabaco e moverem-se através dos estágios de mudança. Os cinco princípios da entrevista motivacional estão sumarizados no quadro 7. A entrevista motivacional é uma abordagem para ajudar a pessoa a reconhecer e fazer algo a respeito do seu comportamento. Nessa abordagem, é a pessoa quem apresenta seus argumentos para a mudança mais do que o terapeuta. Seus cinco princípios básicos são: expressar empatia, desenvolver discrepância, evitar argumentação, acompanhar a resistência e estimular a autoeficácia.

1	expressar EMPATIA
2	desenvolver DISCREPÂNCIA
3	evitar CONFRONTAÇÃO
4	acompanhar a RESISTÊNCIA
5	promover a AUTOEFICÁCIA

Quadro 7 — Os Princípios da entrevista motivacional.
Fonte: *World Health Organization (2002b).*

Expressar **empatia** é a capacidade de construção de aliança terapêutica conseguida pela escuta reflexiva e respeitosa e o desejo de compreender as esperanças e os receios do paciente. A "aceitação" dos limites do paciente facilita a ocorrência para mudança comportamental

Desenvolver **discrepância** é a meta de confrontar a pessoa com sua realidade desagradável, ou seja, uma discrepância entre seu comportamento atual e suas metas amplas na vida: entre onde está e aonde que chegar. Em geral, as pessoas têm como meta a saúde, o sucesso, a felicidade da família e uma autoimagem positiva. Quando seu comportamento atual é confrontado com isso, é provável que a mudança aconteça. As pessoas, com frequência, são mais persuadidas pelo que ouvem de si mesmas do que pelo que os outros lhe dizem. (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

Evitar a **confrontação,** isto é, confrontações diretas. Para tal, é necessário ter em mente: discussões são contraprodutivas e suscitam defesas; defender-se gera resistência e essa resistência por parte do cliente é um sinal para o terapeuta mudar de estratégias. O princípio-chave da entrevista motivacional é aceitar que a ambivalência e a resistência para a mudança são normais, e deve-se levar o paciente a considerar novas informações e perspectiva em relação ao seu uso do tabaco. Quando o paciente expressar resistência, o profissional da saúde deve reestruturar o assunto e devolvê-lo ao paciente sem confrontação.

Acompanhar a **Resistência.** É preciso ter em mente que as percepções do paciente podem mudar, que novas perspectivas

são mais bem recebidas quando não são impostas e que a própria pessoa é uma rica fonte de soluções de problemas. Deve-se fluir com a resistência, ao invés de enfrentá-la. Para tal é importante saber reconhecer o momento do cliente e saber usá-lo (ao invés de ir contra ele); ter em mente que as percepções do cliente podem mudar (principalmente se forem de relutância ao tratamento, ao contato terapêutico ou mesmo à mudança propriamente dita), se o terapeuta estiver bem preparado para fazê-lo; novas perspectivas são bem recebidas, mas não devem ser impostas; o cliente é uma rica fonte para possíveis soluções de problemas. (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

Autoeficácia é a crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar ou de ter êxito em uma tarefa específica. Ela pode ser considerada como elemento-chave na motivação para mudança e bom indicador de resultados de tratamento. (MILLER; ROLLNICK, 2001). Promover a autoeficácia é proporcionar a crença da própria pessoa em sua habilidade de enfrentar uma tarefa ou um desafio.

HABILIDADES ESPECÍFICAS

A entrevista motivacional utiliza de cinco habilidades para ajudar o paciente a explorar suas ambivalências sobre o uso de substâncias e a clarificar as razões para reduzir e parar com o uso. As cinco habilidades específicas estão sumarizadas no quadro 9: (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

1	Perguntas abertas e objetivas
2	Afirmação
3	Escuta reflexiva
4	Resumir
5	Provocação de mudança de discurso

Quadro 8 — As habilidades específicas da entrevista motivacional.
Fonte: World Health Organization (2002).

Perguntas abertas e objetivas são aquelas que requerem uma resposta longa e permitem que a pessoa fale. Exemplos desse tipo de questões são:

- Quais as coisas boas em relação ao seu uso do tabaco?
- Fale-me sobre as coisas que não são tão boas em relação ao uso de tabaco?
- Você parece ter alguma preocupação sobre o uso do tabaco. Fale-me mais sobre isso.
- Quais são suas preocupações sobre isso?
- Como você se sente em relação....?
- O que você gostaria de fazer a respeito disso?
- O que você sabe sobre....?

Afirmação inclui declarações positivas e de compreensão, ajudando a criar uma atmosfera de apoio e a estabelecer vínculo com o paciente. Congratular-se com o esforço do paciente para a mudança ajuda a fortalecer sua confiança. São exemplos de afirmação:

- Obrigado por ter vindo hoje.
- Você está se esforçando para vencer suas dificuldades.
- Eu percebo que você é uma pessoa forte.
- Está é uma ótima ideia.
- É difícil falar sobre isso...eu admiro sua perseverança.

Uma **escuta reflexiva** leva a um entendimento do que o paciente sente. É importante devolver ao paciente o que ele expressou de significativo, como sentimentos, assim como as palavras que usou. É como um espelho para a pessoa para que possa ouvir do terapeuta o que ela falou. A escuta reflexiva encoraja o paciente a continuar falando e demonstra que o terapeuta entende o que está sendo dito. Alguns exemplos:

- Você está se sentindo incomodado em falar sobre isso?
- Você está incomodado porque a sua família critica seu consumo do cigarro?
- Você realmente sente prazer em usar o cigarro e odiaria deixar de usar, mas também percebe que está lhe causando danos à saúde?

O **Resumo** é uma forma importante de juntar o que foi dito e preparar o paciente para a mudança. É importante fazer um resumo sucinto. Um exemplo:

"Você sente que é difícil parar de fumar porque isso relaxa e alivia sua ansiedade. Sem o cigarro, você passa mal, sente fissura e tem medo de engordar. Por outro lado, o filho pequeno te cobra, você está preocupado com os danos em sua saúde e se sente pressionado nos locais de trabalho em que não pode fumar. Você está se esforçando para encontrar algumas estratégias para cessar o consumo do tabaco".

Provocação de mudança de discurso é uma estratégia para ajudar o paciente a resolver a ambivalência e a estimulá-lo a apresentar argumentos para mudança. Existem quatro categorias de mudança de discurso:

- reconhecer as desvantagens de ficar na mesma situação;
- reconhecer as vantagens de mudança;
- expressar otimismo em relação à mudança;
- expressar uma intenção de mudança

Fazer perguntas abertas e diretas para trazer à tona o discurso de mudança, como por exemplo:

- O que você acha que aconteceria se você não mudasse?
- Quais seriam os benefícios se você diminuísse seu consumo do cigarro?

- Como você gostaria que fosse sua vida daqui a cinco anos?
- O que você acha que aconteceria com você caso decidisse mudar o comportamento?
- O quanto confiante você está na sua capacidade de realizar essa mudança?
- Qual a importância para você de diminuir o uso do cigarro?
- Pense nas piores consequências de não mudar e as melhores consequências de mudar.
- Quais são as coisas mais importantes na sua vida?

REFERÊNCIAS

BORDIN, S.; FIGLIE, N.; LARANJEIRA, R. *In*: ____. *et al. Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca, 2004.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Entrevista motivacional*: preparando as pessoas para a mudança de comportamento adictivos. Porto Alegre: Artmed, 2001.

OLIVEIRA, J. H.; MALBERGIER, A. Avaliação da motivação para tratamento em pacientes dependentes de álcool que procuram um serviço especializado. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.25, n.1, p.5-10, 2003.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. Transtheorical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Germantown, v. 20, n. 2, p. 161-173, 1982.

________; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. Search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, Washington, v.47, n.*9*, p.1102-1113, 1992.

ROLLNICK, S. MILLER, W.; BUTLER, C. *Entrevista Motivacional no cuidado da saúde:* Ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: ARTMED, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Brief interventions for substance use: a Manual for use in primary care. Geneva, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_portuguese.pdf> Acesso em: 5 dez. 2005.

ZIMMERMAN, G.; OLSEN, C.; BOSWORTH, M. A stage of change approach to helping patients change behavior. *American Family Physician*, Kansas City, v.61, n.5, p.1409-16, 2000.

5 Abordagem Breve

Abordagem Breve

Sandra Odebrecht Vargas Nunes
Márcia Regina Pizzo de Castro
Heber Odebrecht Vargas
Regina Célia Rezende Machado

5

ACONSELHAMENTO BREVE POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE

O aconselhamento por profissionais da saúde para pessoas que estão tentando abandonar o tabaco deve ser feito sem julgamentos, de forma empática e positiva, motivando os pacientes a parar de fumar em prol da preservação da saúde e da qualidade de vida.

Os profissionais da saúde devem ter em mente que a cessação do tabagismo é um processo que se inicia com a decisão de parar de fumar, e só termina com a abstinência mantida por um longo período. E mais: parar de fumar é uma mudança de comportamento na qual o paciente é o sujeito ativo de sua própria mudança. (VIEGAS; PRESMAN; GIGLIOTTI, 2006).

O aconselhamento breve para parar de fumar em geral dobra as taxas de abandono, de aproximadamente 5% para 10%. As abordagens para aumentar a motivação dos pacientes para mudança geralmente incluem o fornecimento de informações e retorno sobre os riscos do tabagismo e os motivos para parar, que são específicos para cada paciente. Os motivos mais comuns são melhorar a saúde e responder à pressão social. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

Uma forma de aconselhamento frequentemente citada como modelo para o que deve ser realizado por um médico é o dos 4 A's (arguir, aconselhar, assistir e acompanhar). Esse modelo propõe que se procure: 1) perguntar sistematicamente a todos os pacientes se eles fumam; 2) aconselhar a todos os fumantes que parem; 3) auxiliar os motivados com a elaboração de um plano claro; 4) acompanhar todos os pacientes. O aconselhamento breve, baseado nesse sistema, resulta em que um a três fumantes, de cada 100 aconselhados, venha a deixar o cigarro por pelo menos seis meses,

já excluídos os fumantes que provavelmente deixariam de fumar sem nenhuma intervenção. (PRESMAN; CARNEIRO; GIGLIOTTI, 2005).

Para a realização da abordagem propriamente dita, é importante reconhecer a motivação do paciente em relação ao seu desejo de parar de fumar. Para os que se encontram na fase de pré-contemplação, a abordagem deve enfatizar a relevância do abandono, os riscos de continuar fumando e as principais barreiras que poderão ser encontradas, destacando sempre os benefícios de parar de fumar. Para os que se encontram na fase de contemplação, deve-se sugerir a cessação de fumar, promovendo mudanças comportamentais. Para os que estão preparados e prontos para a ação, deve-se abordá-los segundo o esquema PAAPA. (VIEGAS; PRESMAN; GIGLIOTTI, 2006).

Os fumantes pré-contemplativos devem ser estimulados a pensar em parar de fumar. É preciso informá-los sobre os malefícios, os benefícios de parar e os riscos para a saúde dos que convivem com ele. Os fumantes contemplativos devem ser encorajados a marcar uma data dentro de 30 dias para realizar a mudança, se possível. Devem identificar os motivos que os levam a fumar e como poderão vencê-los. Nas consultas subsequentes, é preciso voltar a tocar no assunto, até que estejam decididos a parar de fumar. Quando o paciente entra na fase de ação, deve-se estimular a definição imediata da data de parada e abordagem intensiva. Fumantes em manutenção devem ser monitorados para evitar recaída: o paciente deve ser estimulado a identificar as situações rotineiras que o colocam em risco de fumar e a traçar estratégias para enfrentar essas situações. (REICHERT *et al.*, 2008).

ABORDAGEM BREVE/MÍNIMA OU PAAP (PERGUNTAR, AVALIAR, ACONSELHAR E PREPARAR)

Os profissionais da saúde poderão aplicar em três a cinco minutos de uma consulta de rotina a abordagem breve/mínima (PAAP) (PERGUNTAR - AVALIAR - ACONSELHAR – PREPARAR). A abordagem

breve/mínima consiste em *perguntar* a todo paciente se é fumante, e caso a resposta seja positiva, avaliar seu grau de dependência física e de motivação em parar de fumar; *aconselhar* a parar de fumar e *preparar* para que consiga deixar de fumar. Nessa abordagem, o profissional de saúde deve ter consciência de, que muitas vezes, apenas motivar o fumante a pensar em parar de fumar já é uma grande conquista. (MEIRELLES, CAVALCANTE, 2006; BRASIL, 2001).

ABORDAGEM BÁSICA OU PAPA (PERGUNTAR, ACONSELHAR, PREPARAR E ACOMPANHAR)

A **ABORDAGEM BÁSICA (PAPA)** (PERGUNTAR - AVALIAR - ACONSELHAR - PREPARAR – ACOMPANHAR) consiste em realizar todos os procedimentos da abordagem breve/mínima, devendo também *acompanhar* o paciente em consultas subsequentes, com o intuito de prevenir recaídas. (BRASIL, 2001).

Os passos da abordagem básica consistem em:

Passo 1: Pergunte

- Você fuma? Há quanto tempo?
- Qual a quantidade de cigarro usada por dia?
- Em quanto tempo após acordar você acende o primeiro cigarro?
- O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar? Caso afirmativo: quando?
- Você já tentou parar de fumar antes? O que aconteceu?

Passo 2: Pergunte e avalie

Objetivos das perguntas:

- Valorize os dados sobre o uso de cigarro como se fosse um sinal vital.
- Registre no prontuário.

- Diferencie experimentação do uso regular.
- Avalie a gravidade de dependência do uso tabaco.
- Avalie o grau de motivação para mudar o comportamento.
- Avalie o interesse em parar o comportamento de usar tabaco.
- Avalie as barreiras que devem ser trabalhadas na próxima tentativa.

Passo 3: Aconselhe

De acordo com o estágio de motivação

- Abordá-lo com firmeza, porém sem agressividade ou preconceito.
- Tenha uma postura acolhedora.
- Dirija sua intervenção aos fatores que tornam a cessação de fumar relevante para o paciente.

De acordo com estágio de mudança de comportamento

- **Em pré-contemplação** *(não pensa em parar de fumar):*
- estimule-o a pensar sobre o assunto;
- estimule-o a mudar de fase, sem censurá-lo;
- relate os efeitos do tabagismo na condição clínica atual (se houver);
- relate os riscos para a própria saúde e para a saúde dos que convivem com ele;
- relate os benefícios ao parar de fumar;
- forneça material educativo sobre o tema;
- volte a abordá-lo nas próximas consultas.

De acordo com estágio de mudança de comportamento

- **Contemplação** *(reconhece que precisa parar de fumar):*

- estimule-o a marcar a data de parada nos próximos 30 dias;
- analise os motivos que o levam a fumar;
- relate os efeitos do tabagismo na condição clínica atual (se houver);
- relate os riscos para a própria saúde e para a saúde dos que convivem com ele;
- relate os benefícios ao parar de fumar;
- ofereça material de autoajuda;
- volte a tocar no assunto nas próximas consultas.

Passo 4: Prepare

De acordo com estágio de mudança de comportamento

- **Pronto para a ação** *(considera seriamente parar de fumar):*
- estimule-o a marcar a data de parada nos próximos 10 dias;
- analise os motivos que o levam a fumar;
- realize um plano de ação;
- informe sobre a síndrome de abstinência e sobre a “fissura”;
- estimule-o a adotar hábitos saudáveis de vida;
- ofereça material de autoajuda;
- ofereça apoio e acompanhamento;
- fale sobre os métodos de parada.

Passo 5: Ação

O método de parada poderá ser de forma **Abrupta** OU **Gradual.**

A forma de parada gradual poderá ser por adiamento do primeiro cigarro da manhã ou por parada gradual.

Adiamento

1º dia	Primeiro cigarro às 9 h
2º dia	Primeiro cigarro às 11 h
3º dia	Primeiro cigarro às 13 h
4º dia	Primeiro cigarro às 15 h
5º dia	Primeiro cigarro às 17 h
6º dia	Primeiro cigarro às 19 h
7º dia	Nenhum cigarro

Parada Gradual

1º dia	25 cigarros
2º dia	20 cigarros
3º dia	15 cigarros
4º dia	10 cigarros
5º dia	5 cigarros
6º dia	0

Passo 6: Acompanhe

- a partir da data do abandono do fumo;
- parabenize sempre, mantendo-o motivado;
- ressalte os benefícios obtidos;
- enfatize que deverá evitar sempre dar uma tragada;
- identifique situações de risco e ofereça alternativas para superá-las;
- marque consultas de retorno:

- Na primeira e na segunda semana;
- 3 mensais até completar 3 meses
- 1, após 6 meses
- 1, após 1 ano

Passo 7: Medida de apoio para evitar a recaída

Aconselhando o ex-fumante:

- parabenizar sempre;
- reforçar os benefícios que sente (valorizar a autoestima);
- estimular o paciente a identificar situações de risco que o fazem fumar;
- traçar estratégias para enfrentamento dessas situações de risco.

Passo 8: Recaída

- aceitar sem críticas;
- diferenciar lapso de recaída;
- estimular a tentar de novo;
- identificar os fatores que contribuíram para a recaída;
- traçar estratégias para nova tentativa;
- avaliar causas e circunstâncias do insucesso.
- que situação o fez acender o primeiro cigarro?
- o que estava fazendo nessa hora?
- como se sentiu ao fumar esse primeiro cigarro?
- o que aconteceu depois?
- já pensou em nova data?

ABORDAGEM DO FUMANTE QUE NÃO DESEJA PARAR DE FUMAR

Alguns pacientes não desejam parar de fumar por várias razões. Pode ser por desconhecimento dos malefícios do tabagismo, crenças e receio quanto ao processo de cessação, insegurança, medo de não conseguir ou, simplesmente, porque realmente não têm interesse. Nesse caso, é importante que o profissional da saúde estimule o paciente a pensar em parar de fumar durante as consultas de rotina. (MEIRELLES; CAVALCANTE, 2006).

A intervenção breve dos profissionais da saúde para ajudar os pacientes que desejam deixar de fumar é um passo terapêutico inicial essencial, que pode aumentar a prontidão e a motivação do paciente para tentar outros tratamentos necessários. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

ALGORITMO PARA FACILITAR A CESSAÇÃO DO TABACO

Os tratamentos aprovados que facilitam cessar o consumo do tabaco estão sumarizados na figura 2.

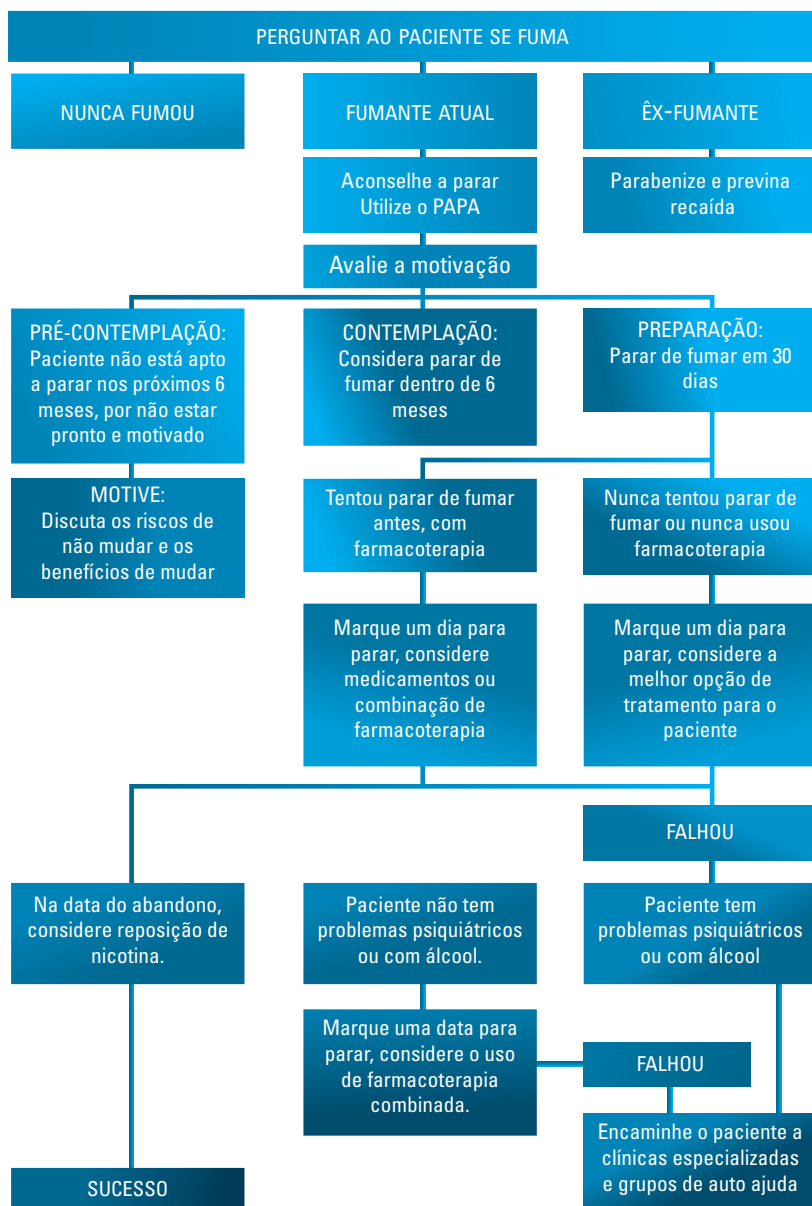



Figura 2 — Algoritmo para identificar e tratar tabagistas.
Fonte: *Adaptado de Okeyemi, K.S.; Ahluwalia, I.S.; Harris (2000) e Okuyemi, Nollen, Ahluwalia (2006).*

Embora 70% dos pacientes que fumam desejem parar de fumar, somente 7,9% são capazes de fazê-lo sem ajuda profissional. O aconselhamento do profissional da saúde pode melhorar a cessação do tabagismo em 10,2%. A combinação de terapia de reposição de nicotina com bupropiona, suporte social e comportamental pode aumentar a taxa de abandono do tabaco em 35%. (MALLIN, 2002).

No aconselhamento breve, os profissionais da saúde devem avaliar a motivação e a prontidão para mudança do paciente. Fumantes que não estão prontos para parar de fumar devem ser encaminhados para a entrevista motivacional nos seus cinco princípios gerais, que são: expressar a empatia, desenvolver discrepância, evitar argumentação, acompanhar a resistência e promover a autoeficácia. (MILLER; ROLLNICK, 2001).

A dependência do tabaco é uma doença crônica com recaídas; a maioria dos tabagistas requer 5 a 7 tentativas antes de finalmente deixar de fumar. O aconselhamento deverá ocorrer de modo empático, sem julgamentos, e de modo suportivo. (*AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION*, 1996).

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v. 153, suppl. 10, p. 1-31, 1996.

________. *Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos:* Compêndio 2006. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Abordagem e tratamento do fumante*. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

MALLIN, R. Smoking cessation: Integration of behavioral and drug therapies. *American Family Physician*, Kansas City, v. 65, n. 6, p.1107-14, Mar. 2002.

MEIRELLES, R.; CAVALCANTE, T. Quais políticas de controle do tabagismo um país deve ter para chegar a um tratamento eficaz? A perspectiva governamental. In: GIGLIOTTI, A.; PRESMAN, S. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo.* Rio de Janeiro: ABP-Saúde, 2006. p. 171-89.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Entrevista motivacional*: preparando as pessoas para a mudança de comportamento adictivos. Porto Alegre: Artmed, 2001.

OKUYEMI, K. S.; AHLUWALIA, J. S.; HARRIS, K. J. Pharmacotherapy of smoking cessation. *Archives of Family Medicine*, Chicago, v.9, n.3, p.270-81, Mar. 2000.

________; NOLLEN, N.; AHLUWALIA, J. Interventions to facilitate smoking cessation. *American Family Physician*, Kansas City, v.74, n.2, p. 262-71, Jul. 2006.

PRESMAN, S; CARNEIRO, E; GIGLIOTTI A. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 267-75, set./out. 2005.

REICHERT, J. *et al*. Diretrizes da SBPT – Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol*, v. 34, n.10, p. 845-880, 2008.

VIEGAS, C. A. A. Abordagem breve. In: GIGLIOTTI, A.; PRESMAN, S. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo.* Rio de Janeiro: ABP-Saúde, 2006. p. 21- 5.

6 Abordagem Intensiva

Abordagem Intensiva

Sandra Odebrecht Vargas Nunes
Heber Odebrecht Vargas
Márcia Regina Pizzo de Castro
Regina Célia Bueno Rezende Machado
David Roberto do Carmo

ABORDAGEM GERAL DE TRATAMENTO

O tabagismo é um transtorno crônico, recorrente; a maioria dos fumantes requer cinco a sete tentativas até conseguir parar definitivamente de fumar. Os pacientes que fumam podem expressar sentimentos ou temores que servem de obstáculos para a cessação do tabagismo. As preocupações mais comuns são os medos de ganhar peso, o medo da abstinência e de fracassar. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

Uma grande parte dos tratamentos para tabagismo emprega algum tipo de técnica cognitivo-comportamental. A terapia comportamental procura auxiliar o fumante a identificar os gatilhos relacionados ao desejo e ao ato de fumar e utiliza técnicas cognitivas e de modificação do comportamento para interromper a associação entre a situação gatilho, a fissura de fumar e o comportamento de consumo. Frequentemente, utilizam-se estratégias para lidar com estresse e afetos positivos e negativos, solução de problemas, além do manejo dos sintomas de síndrome de abstinência. Uma vez que o fumante pare de fumar, são utilizadas técnicas de prevenção de recaída. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 1996).

A terapia intensiva deve ser utilizada quando o paciente entra na fase de ação: deve-se estimular a definição imediata da data de parada. Um plano de ação deve ser desenhado com o paciente, avaliando os motivos que o levam a fumar e traçando estratégias para que ele resista ao desejo e aprenda a viver sem o cigarro. A partir da data escolhida, o fumante deve se afastar de tudo que lembre o cigarro (não portar cigarros, cinzeiros ou isqueiros, não consumir café e álcool, por exemplo). Para combater a fissura, orientar a beber líquidos, chupar gelo, mascar algo (balas e chicletes

dietéticos, cristais de gengibre, canela, etc.), ou seja, usar substitutos da gratificação oral. Estratégias para manter as mãos ocupadas como, por exemplo, escrever, digitar, costurar, pintar, etc., têm se revelado bastante úteis. Essas ações reduzem a busca de fontes de prazer relacionadas ao comportamento tabagístico, caracterizadas, de forma evidente, na gratificação oral. (REICHERT *et al.*, 2008).

Os tratamentos psicossociais para o transtorno por uso de substâncias tentam combater o uso compulsivo, ocasionando mudanças de comportamento, processos de pensamento, regulação de afeto e funcionamento social dos pacientes. Entre as diversas abordagens, todas elas ocupam-se das seguintes tarefas: 1) aumentar a motivação pra cessar ou reduzir o uso de substâncias, 2) desenvolver habilidades de enfrentamento, 3) mudar as contingências de reforço, 4) promover o gerenciamento de afetos dolorosos e 5) favorecer as relações sociais e o funcionamento interpessoal. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

ABORDAGEM PSICOSSOCIAL DE TRATAMENTO PARA O TABAGISMO

Os tratamentos psicossociais para a cessação do tabagismo podem ser realizados individualmente ou em grupo, e devem ser conduzidos por profissional treinado. O tratamento em grupo emprega essencialmente as mesmas técnicas que o individual, mas acredita-se que possa proporcionar algumas vantagens específicas, como maior suporte social e maior facilitação da discussão de situações de risco e meios de lidar com as situações de risco. (PRESMAN; CARNEIRO; GIGLIOTTI, 2005).

As terapias cognitivo-comportamentais para a dependência do tabaco têm como base a identificação e a modificação dos padrões disfuncionais de pensamentos. As estratégias cognitivas incluem reforçar a determinação do paciente de cessar o consumo de tabaco pela exploração das consequências positivas e negativas do uso continuado, reconhecer as situações de alto risco condicionadas com o tabagismo, identificar e confrontar pensamentos disfuncionais, desenvolver estratégias para lidar com a fissura e preparar-se para recaídas. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

Cerca de 80% dos fumantes querem parar de fumar. No entanto, apenas 3% conseguem, a cada ano, e a maioria desse grupo para sem ajuda. A abordagem e o tratamento do fumante chegam a aumentar as taxas de cessação de 3% para 20% a 30%, em um ano. É necessário o apoio formal de profissionais de saúde para obterem êxito no processo de cessação do tabagismo. (BRASIL, 2001).

ABORDAGEM INTENSIVA

A abordagem intensiva/específica consiste na estruturação de um ambulatório específico para o atendimento de fumantes que desejam parar de fumar. Pode ser feita individualmente ou em grupo de apoio. O Conselho Nacional Sobre Abordagem e Tratamento do Fumante recomenda que essa abordagem seja realizada em quatro sessões semanais, estruturadas em noventa minutos, seguidas de duas sessões semanais de sessenta minutos e uma sessão mensal de acompanhamento até completar um ano, com o objetivo de prevenir a recaída. Caso o tratamento seja realizado em grupo, em até duas sessões quinzenais, o grupo deve conter entre 10 e 15 participantes e ser fechado. As sessões mensais de acompanhamento devem ser em grupo aberto, reunindo participantes de todos os grupos anteriores. (MEIRELLES; CAVALCANTE, 2006).

Os métodos baseados na terapia comportamental cognitiva (TCC) são fundamentais na abordagem do fumante em todas as situações clínicas, mesmo quando é necessário apoio medicamentoso. O fumante deve se sentir bem recebido pela equipe de saúde, que deve abordá-lo com acolhimento, empatia, respeito e confiança. Não existe um “momento ideal” para deixar de fumar; mesmo diante de comorbidades graves e incapacitantes, a cessação melhora a qualidade de vida e a autoestima do fumante, muitas vezes abalada pelas doenças de base. (REICHERT *et al.*, 2008).

A TCC deve ser oferecida tanto no atendimento individual quanto em grupo. Os atendimentos/sessões devem ser estruturados com periodicidade semanal no 1º mês (parada), quinzenal até completar a abordagem intensiva (três meses) e, finalmente, mensal, até completar um ano. (REICHERT *et al.*, 2008).

INTERVENÇÕES DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO DO AHC/UEL

O Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo (CRATT), implantado no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina (AHC/UEL), foi credenciado pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria SAS/MS 442/04. (BRASIL, 2004a). As sessões de intervenções estão sumarizadas no quadro 9.

SESSÃO	DATA	ÁREA TEMÁTICA
		Avaliação clínica inicial
1ª		Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde
2ª		Os primeiros dias sem fumar
3ª		Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar
4ª		Benefícios obtidos após parar de fumar
5ª		Quadro de vantagens e desvantagens – Balança Decisória
6ª		Habilidades para lidar com situações de risco I
7ª		Manejo da fissura e relaxamento
8ª		Modificação no estilo de vida I
9ª		Modificação no estilo de vida II.
10ª		Autoestima e assertividade I
11ª		Autoestima e assertividade II
12ª		Maneiras de lidar com a ansiedade
13ª		Modificação no estilo de vida III
14ª		Habilidades para lidar com as situações de risco II - Alternativas seguras e de risco
15ª		Estratégias de enfrentamento
16ª		Encerramento

Quadro 9 — Intervenções do Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo do AHC/UEL de Londrina – PR (CRATT)

A seguir serão discutidas as 16 áreas temáticas desenvolvidas no CRATT.

A abordagem e o tratamento do fumante consistem em 16 sessões de grupos terapêuticos, entre 10 a 15 participantes, de uma hora e meia. Previamente, realiza-se a consulta inicial de avaliação clínica do fumante. As sessões grupais são estruturadas, sendo quatro sessões semanais, passando a duas sessões quinzenais e uma sessão mensal para prevenção de recaída, até completar um ano.

As quatro primeiras sessões foram estruturadas e orientadas pela equipe técnica do Instituto Nacional de Câncer/Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. O Programa Deixando de Fumar sem Mistérios é destinado a ajudar os participantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes todas as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido. Ele consiste de uma abordagem ativa e pragmática, em que todos os pacientes são incentivados a aplicar o que aprenderam com o Programa em outros aspectos da sua vida. (BRASIL, 2004b).

Na **primeira sessão** do grupo, fazia-se a *apresentação* e forneciam-se algumas informações sobre o manual e o programa. O profissional deve ser acolhedor, dar boas -vindas aos participantes do programa e cumprimentá-los pelo desejo de parar de fumar e buscar ajuda. A sessão objetivava “Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde”. Promoviam-se as apresentações individuais; formulava-se as quatro perguntas básicas: quanto você fuma? O que faz você fumar? Qual o obstáculo mais difícil para você deixar de fumar? Quanto tempo depois de levantar você acende seu primeiro cigarro? Faziam-se comentários após as respostas o mais individualizadamente possível. O objetivo dessa discussão era mostrar que a nicotina é considerada uma droga que causa dependência química, ou seja, a pessoa tem perda do controle sobre o uso da droga, em razão da necessidade psicológica e/ou física dela. A nicotina faz com que a pessoas fumem apesar de saberem dos sérios riscos à saúde. Isso explica porque grande parte dos fumantes deseja parar, mas não consegue. Pedia-se para pensarem no que os levava a fumar e nos hábitos tabagísticos no dia a dia como fumar

após um cafezinho, após as refeições ou após acordar. Lembrava-se que o tabagismo causa prejuízos à saúde. Relacionava-se fumar cigarro Ás causas de vários tipos de doenças como: câncer, doença cardiovascular, doenças pulmonares crônicas e úlcera péptica, entre outras. Em seguida, era feito o *aconselhamento* sobre a importância de interromper o uso e sobre os riscos associados à saúde de uma forma clara, firme e individualizada. Reconhecia-se a ambivalência de muitos fumantes, que reconheciam que precisavam deixar de fumar, mas se mostravam divididos, pois desenvolviam prazer e relaxamento com o cigarro. Procurava-se enfatizar que o cigarro causava prazer com danos, e que é possível desenvolver outros prazeres sem esses danos, substituindo-se o cigarro por lazer, exercícios, técnicas de relaxamento, atividades manuais, atividades físicas, etc. Nessa sessão, determina-se a data de interrupção do uso e a proposta contratual de *assistência*. Explicava-se sobre os métodos para deixar de fumar. Definia-se parada abrupta como parar de fumar de uma hora para outra, cessando totalmente o uso do cigarro. Por outro lado, a parada gradual era aquela em que o fumante escolhia parar de fumar em alguns dias, por redução ou adiamento do primeiro cigarro da manhã.

A **segunda sessão** objetivava “Os primeiros dias sem fumar”. Perguntava-se a cada participante qual a data que escolheu para deixar de fumar. Perguntava-se sobre o método desejado: parada abrupta ou gradual. Parabenizava-se os que já tinham parado e perguntava-se sobre suas experiências. Cumprimentava-se, também, os participantes que não pararam ainda, mas faziam esforço e tinham superado alguma situação difícil. Conduzia-se a reunião sobre a síndrome de abstinência e discutia-se como resistir à fissura. Informava-se que alguns fumantes apresentavam a síndrome de abstinência como dor de cabeça, tontura, irritabilidade, alteração do sono, mal-estar súbito (disforia) com sintomas ansiosos e, por vezes, uma ideia fixa de que aquilo só passará após o consumo. Explicava-se que esses sintomas duram de 1 a 3 semanas, e nem todo fumante os apresenta. Informava-se que a fissura era uma manifestação bastante comum, e que tendia a tornar-se cada vez mais esparsa, com o passar do tempo. Cada episódio não duraria mais do que 5 minutos, e depois desapareceria. Mostrava-se que

existem estratégias para lidar com esses sintomas. Lembrava-se que a fissura era autolimitada. As maneiras de lidar com a fissura são por técnicas de relaxamento, assertividade e pensamento construtivo. Discutiam-se os sintomas de abstinência e a terapia de substituição com a nicotina.

A **terceira sessão** teve como área temática "Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar", analisando as melhorias e os benefícios físicos e mentais após parar de fumar e as situações de risco e de proteção. Eram discutidas com o objetivo de traçar estratégias de manutenção da abstinência.

Para os fumantes que sinalizavam o ganho de peso como uma barreira para deixar de fumar, informava-se sobre algumas técnicas de reeducação alimentar. Informava-se que a maior parte do aumento do peso ocorria em média nos primeiros seis meses após a cessação, estabilizando-se após 1 ano. Orientava-se sobre o esforço em prol de um estilo de vida saudável, abandonando o fumo, fazendo dieta. Recomendava-se que fosse aumentada a atividade física e fossem aprendidas técnicas de alimentação saudável. Para trabalhar o medo de não conseguir ou de recaída, mostrava-se que o paciente não estaria sozinho, e colocava-se à disposição para apoiá-lo. O apoio social era recomendado.

A **quarta sessão** objetivava "Benefícios obtidos após parar de fumar". Nessa fase, os pacientes definiam os benefícios a longo prazo e os fatores de risco de recaídas. Orientava-se sobre o uso de álcool como um desses fatores, no tabagismo. Após quatro sessões, os pacientes passavam por sessões de manutenção por um ano. Os que cessaram com o tabagismo eram estimulados a manterem-se em abstinência, e os que não conseguiram eram encorajados a marcar a data para deixar de fumar, usando a mesma metodologia preconizada pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 1997).

Nas reuniões de manutenção, os pacientes foram orientados quanto à fase de acompanhamento por um período de um ano, **para prevenção de recaída.** Nessas reuniões, capacitava-se os pacientes a identificarem as situações de alto risco de recaída, e treinava-se habilidades comportamentais de enfrentamento que incluíam retirar-se das situações e substituições por outros

comportamentos (estimulava-se a atividade física, despertava-se talentos, atividades manuais ou de grupo de apoio), utilizavam-se técnicas de assertividade e aumento da autoestima, relaxamento e dinâmica de grupo.

Manutenção de portas abertas foi um espaço criado para os pacientes que, a qualquer momento em que recaíssem, poderiam retornar ao grupo. Essas sessões são de estímulo e motivação para tentarem novamente deixar o tabaco. Nesse tipo de sessão, é realizado um recordatório das quatro sessões e selecionada alguma dinâmica ou técnica, de acordo com a necessidade do grupo.

Durante a fase de manutenção, é importante diferenciar lapso de recaída. Lapso é o uso isolado da droga, enquanto a recaída está relacionada à criação de um novo padrão de uso ou à volta ao padrão anterior. (PRESMAN, 2006).

As sessões temáticas da quinta à décima sexta intervenções terapêuticas foram elaboradas pelos profissionais de saúde do CRATT/ AHC/UEL.

Na **quinta sessão,** denominada "Balança decisória", os pacientes apresentam de um lado da balança as vantagens e desvantagens de fumar e do outro lado, as de não fumar. O recordatório visa verificar quais participantes cessaram o uso do tabaco e os que ainda não o fizeram, e quais suas modalidades de tratamento. Os objetivos dessa sessão podem ser representados por:

- reforçar os benefícios de quem parou o uso do tabaco;
- estimular os participantes que ainda não pararam;
- propiciar reflexão sobre os benefícios nas esferas psicossocial, familiar e ambiental da parada;
- identificar os custos da permanência com o tabagismo;
- trabalhar sentimento de ambivalência;
- ressaltar os benefícios e os custos a curto e longo prazo de se tomar a decisão, no caso, de decidir parar de fumar.

Discute-se com os pacientes sobre que lado da balança pesa mais a motivação e a decisão de cessar o consumo do tabaco. A motivação é qualificada para mudanças a curto, médio e longo prazo, sumarizada no quadro 10.

PRAZO	BENEFÍCIOS DE MUDAR	CUSTOS DE NÃO MUDAR
Em curto prazo	____________	____________
Em médio prazo	____________	____________
Em longo prazo	____________	____________
Vantagens	____________	____________
Desvantagens	____________	____________

Quadro 10 — Balança decisória.

No encerramento da sessão realiza-se o resumo dela, orientando-se sobre as atividades de realização doméstica, que se trata do preenchimento do impresso da balança decisória em casa.

Na **sexta sessão,** denominada “Habilidades para lidar com situações de risco I”, são listadas e discutidas as situações de risco e as barreiras para resistir ao uso do tabaco. Solicita-se a realização de um recordatório que visa verificar quais participantes cessaram o uso do tabaco e os que ainda não o fizeram, e quais suas modalidades de tratamento, assim como a melhor solução de enfrentamento, sumarizadas no quadro 11.

SITUAÇÃO	Qual a situação de risco em que eu uso o cigarro? Quais os sentimentos e pensamentos? Qual o horário?	Qual a melhor solução para lidar com esta situação de risco?

Quadro 11 — Habilidades para lidar com situações de risco – Identificação e Soluções das Situações de Risco – I.

Os objetivos dessa sessão consistem em*:*

- identificar situações de risco vivenciadas pelos participantes;
- levantar estratégias adequadas para lidar com as situações de risco;
- oportunizar trocas de experiências entre os membros do grupo;
- apontar as situações comuns de recaída (solidão, consumo de álcool, *stress*, conflitos familiares, perdas, cobrança);
- participantes devem escolher frases ou figuras que representem situações de risco para eles próprios;
- discutir como essas situações podem ser resolvidas de forma assertiva.

Identificam-se as situações, os sentimentos, os pensamentos e os horários em que sentem fissura ou têm recaída para fumar, através de perguntas estimuladoras de discussão, como:

- Em quais momentos você mais sente vontade de fumar?
- O que fez para permanecer sem fumar?
- Quais as alternativas mais adequadas?

O resumo da sessão consiste em responder ao impresso da sessão em casa.

Na **sétima sessão,** denominada "Manejo da Fissura e Relaxamento", o recordatório visa verificar quais participantes cessaram o uso do tabaco e os que ainda não o fizeram, e quais suas modalidades de tratamento. Os objetivos dessa sessão são:

- Relembrar sintomas da fissura, seus gatilhos e as alternativas para lidar com ela;
- Iniciar com exercícios de relaxamento (educação física ou a própria psiquiatria) como a Técnica de Schultz (autógeno), a Técnica de Jacobson (relaxamento progressivo) e a Técnica de visualização: olhos fechados, respiração abdominal, pensamentos ("Estou calmo, tranquilo, nada vai me perturbar...", imaginar um lugar tranquilo como um riacho, uma praia, um campo), sentado ou deitado. Respiração lenta, abdominal, contração muscular progressiva e posterior com relaxamento simultâneo de todos os grupos musculares.

O resumo da sessão apresenta como tarefa:

- Fazer os exercícios de relaxamento em casa;
- Maneiras de lidar com a fissura:
    - distração: prepare uma lista do que pode ser feito nessa hora (atividade física, arrumar o quarto, etc.);
    - conversar com alguém sobre ela;
    - eleger pessoas de fácil acesso e confiança, para telefonar;
    - "entrar" na fissura;
    - vivenciar as fases dela (pico súbito e descendente);
    - lembrar as consequências negativas do consumo, que o levaram a buscar a abstinência;
    - conversar consigo;
    - fazer uma contraposição aos pensamentos que estimulam o consumo, nessa hora.

Na **oitava sessão** denominada "Modificação do estilo de vida I", o recordatório constitui-se em verificar quais participantes cessaram o uso do tabaco e os que ainda não o fizeram, quais suas modalidades de tratamento e interrogar sobre a realização das tarefas da sessão anterior. Os objetivos dessa sessão constituem-se em:

- motivar o estilo de vida saudável (entrar em contato com a nutricionista);
- discutir alimentação saudável e exercício físico;
- perguntar ao grupo: o que é estilo de vida saudável? O que você já está fazendo pela sua saúde? O que você acha que ainda pode fazer para melhorar sua saúde? Quais as barreiras que o impedem de fazê-lo?;
- trabalhar sugestões com o grupo;
- trabalhar a motivação para atividade física: 30 minutos por dia (descer do ponto de ônibus antes do local desejado, andar com o cachorro, aulas de dança, etc.).

Para prevenir recaídas, é necessário motivar-se para uma mudança de estilo de vida saudável. Discute-se com os participantes acerca da importância das atividades físicas, da reeducação alimentar, da atividade de lazer, do manejo do *stress* e de buscar uma rede de apoio. Cada participante faz a sua proposta de vida saudável e suas ações para isso ocorrer. O resumo da sessão consiste na tarefa de listar que tipo de atividade física conseguiu-se fazer e trazer o diário alimentar de um dia.

Na **nona sessão,** denominada "Modificação do Estilo de Vida II", o recordatório constitui-se em verificar quais participantes cessaram o uso do tabaco e os que ainda não o fizeram, quais suas modalidades de tratamento e interrogar sobre a realização das tarefas da sessão anterior. Os objetivos dessa sessão constituem-se em:

- motivar o estilo de vida saudável;
- corrigir o diário alimentar de um paciente como exemplo, os demais diários serão corrigidos e entregues posteriormente;
- discutir sobre o consumo de álcool, manejo de *stress* e situações sociais;
- trabalhar as consequências positivas (prazer) e negativas do consumo de álcool;
- falar sobre o manejo do *stress* e situações sociais – o que os participantes já conseguiram mudar e o que ainda pode ser melhorado.

Na reunião, discutem-se os objetivos da sessão a partir das experiências de cada participante. No encerramento da sessão, realiza-se o resumo dessa, orientando-se sobre a tarefa de relatar uma situação prazerosa, em que houve divertimento, sem envolver cigarro ou álcool.

Na **décima sessão,** denominada "Autoestima e assertividade I"**,** o recordatório constitui-se em verificar quais participantes cessaram o uso do tabaco e os que ainda não o fizeram, quais suas modalidades de tratamento; e interrogar sobre a realização das tarefas da sessão anterior. Os objetivos dessa sessão constituem-se em:

- ajudar os participantes a entenderem os conceitos de passividade, agressividade e assertividade;
- trabalhar a importância da assertividade para a manutenção da abstinência do tabaco.

Na reunião, discute-se sobre a importância da autoestima e da assertividade (definida como a capacidade de expressar o que se pensa ou sente). Pessoas passivas não expressam o que pensam ou sentem, assim como pessoas agressivas, por outro lado, expressam seus pensamentos e sentimentos de uma maneira que visa controlar,

dominar e/ou ferir outra pessoa. Para o alcance de uma discussão participativa, dividem-se os participantes em três grupos; cada grupo recebe uma história com uma situação cotidiana e como o personagem lidou com ela. Os grupos deverão discutir sobre a história e concluir qual a postura do personagem, se foi passiva, agressiva ou assertiva.

A meta, nessa fase, é ser assertivo, em vez de ser passivo ou agressivo, sumarizada no quadro 12.

Pensamento Negativo	Pensamento Positivo	Habilidades de Mudança
		Quando tenho uma visão negativa de mim, o que posso fazer para mudar?
		Quais os passos que eu planejo mudar?
		Como as pessoas podem me ajudar?
		Que coisas podem interferir nos meus planos?
		Quais as atitudes assertivas que posso desenvolver?

Quadro 12 — Autoestima e assertividade – I

No encerramento da sessão, realiza-se o resumo, orientando-se sobre a tarefa de relatar uma situação em que conseguiram ser assertivos.

Na **décima primeira sessão,** "Autoestima e assertividade II (solução de problemas)", o recordatório constitui-se em verificar quais participantes cessaram o uso do tabaco e os que ainda não o fizeram, quais suas modalidades de tratamento e interrogar sobre a realização das tarefas da sessão anterior. Os objetivos dessa sessão constituem-se em:

- trabalhar com os participantes a capacidade de resolver problemas.

Na reunião, discutir os relatos trazidos como tarefa da última sessão, escrever no quadro a situação e eliciar os participantes sobre

qual seria a sua conduta; trabalhar com o grupo qual seria a melhor solução.

Nessa fase, utiliza-se de dramatizações para compreender e identificar a situação problema, bem como uma maneira de responder assertivamente as questões sumarizadas no quadro 13.

IDENTIFICAR O PROBLEMA	SOLUÇÃO DE ASSERTIVIDADE
• Qual situação de risco que baixa minha autoestima? • O que eu posso lembrar dos meus pontos positivos de sucesso? • Como posso modificar meus pensamentos a respeito de mim mesmo? • Quais situações que me levam à recaída?	• Como posso resolver meus problemas usando a assertividade? • Pense nas razões pelas quais não gostaria de voltar a fumar.

Quadro 13 — Autoestima e assertividade – II.

No encerramento da sessão, realiza-se o resumo, orientando-se sobre a tarefa de responder: o que você entende por ansiedade? Trazer exemplos de situações que causem ansiedade.

Na **décima segunda sessão,** "Maneiras de lidar com a ansiedade", o recordatório constitui-se em verificar quais participantes cessaram o uso do tabaco e os que ainda não o fizeram, quais suas modalidades de tratamento e interrogar sobre a realização das tarefas da sessão anterior. Os objetivos dessa sessão constituem-se em:

- identificar as situações que geram ansiedade aos participantes;
- trabalhar com os participantes a capacidade de lidar com a ansiedade;

Na reunião, discutem-se os relatos trazidos como tarefa da última sessão, abordando sobre a ansiedade e seu manejo. Os

participantes identificam quais as situações em que ficam ansiosos, as soluções e a escolha da melhor solução. Solicita-se que dramatizem uma situação em que havia risco de recaídas e a melhor solução para lidar com a ansiedade.

No encerramento da sessão, realiza-se o resumo, orientando-se sobre a tarefa de responder :

- as mudanças que quero para as próximas semanas;
- as razões porque desejo mudar;
- os passos que planejo mudar;
- as maneiras como as pessoas podem me ajudar;
- as coisas que interferem nos meus planos.

Na **décima terceira sessão,** denominada “Modificação no estilo de vida III - Meu compromisso de mudança”**,** o recordatório constitui-se em verificar quais participantes cessaram o uso do tabaco e os que ainda não o fizeram, quais suas modalidades de tratamento e interrogar sobre a realização das tarefas da sessão anterior. O objetivo dessa sessão é:

- identificar as situações de risco, as estratégias seguras e a motivação para mudança.

Na reunião, discutem-se os relatos trazidos como tarefa da última sessão, onde o paciente é motivado a planejar e administrar seu tempo de maneira adequada e como fazer sua agenda da semana. Os pacientes são motivados a buscarem atividades de prazer e lazer sem danos, através da identificação dos horários de risco e das recaídas podendo, assim, planejar uma alternativa saudável de lazer. Ressalta-se a capacidade individual para atingir seus objetivos pessoais e a promoção de sua saúde física e mental.

No encerramento da sessão, realiza-se o resumo, orientando-se sobre a tarefa de responder um inventário de habilidades e

estratégias de enfrentamento para lidar com as situações de risco, sumarizadas no quadro 14.

Quando, onde e com quem eu estava, quando senti fissura ou recaí?	Liste suas situações de risco	Como resisto à fissura?	Qual barreira encontrada?	Qual a estratégia positiva? Motivação? Meu contrato comigo mesmo: eu gostaria de...

Quadro 14 — Estratégias de enfrentamento.

Na **décima quarta sessão,** "Habilidades para lidar com as situações de risco II", o recordatório constitui-se em verificar quais participantes cessaram o uso do tabaco e os que ainda não o fizeram, quais suas modalidades de tratamento e interrogar sobre a realização das tarefas da sessão anterior. O objetivo dessa sessão é:

- trabalhar com os participantes a capacidade de se desenvolver habilidades para lidar com situações de risco.

Na reunião, discutem-se os relatos trazidos como tarefa da última sessão. Nessa fase, procura-se identificar, evitar e manejar as situações de alto risco, e estudam-se as habilidades de que os pacientes dispõem e a forma mais segura para lidarem com cada uma dessas situações, sumarizadas no quadro 15. Busca-se desenvolver habilidades para lidar com situações de risco como: emoções negativas, situações difíceis, diversão e prazer, os condicionamentos, as pressões sociais, a fissura, os lapsos e recaídas.

Situação de risco	Qual a alternativa mais segura?	Qual a alternativa de maior risco?

Quadro 15 — Habilidades para lidar com situações de risco - II – Alternativas seguras e de risco.

No encerramento da sessão realiza-se o resumo desta, orientando-se sobre a tarefa de listar um problema e explicar como o enfrentou.

Na **décima quinta sessão,** "Estratégias de enfrentamento", o recordatório constitui-se em verificar quais participantes cessaram o uso do tabaco e os que ainda não o fizeram, quais suas modalidades de tratamento e interrogar sobre a realização das tarefas da sessão anterior. O objetivo dessa sessão é:

- trabalhar com os participantes a capacidade de identificar situações problemas.

Na reunião, discutem-se os relatos trazidos como tarefa da última sessão e utiliza-se de dramatizações para compreender e identificar a situação problema, bem como uma maneira de responder assertivamente às questões sumarizadas no quadro 16.

IDENTIFICAR O PROBLEMA	SOLUÇÃO DE ASSERTIVIDADE
• Qual situação de risco que baixa minha autoestima? • O que eu posso lembrar dos meus pontos positivos de sucesso? • Como posso modificar meus pensamentos a respeito de mim mesmo? • Quais as situações que levam à recaída?	• Como posso resolver meus problemas usando a assertividade? • Pense nas razões pelas quais não gostaria de voltar a fumar

Quadro 16 — Estratégias de enfrentamento.

No encerramento da sessão, realiza-se o resumo, orientando-se sobre a tarefa de listar os benefícios adquiridos com a cessação do tabaco.

Na **décima sexta sessão,** "Encerramento", o recordatório constitui-se em trabalhar com os relatos da tarefa da sessão anterior. Nessa fase, há uma ênfase aos benefícios de cessar o tabaco, discutindo os aspectos positivos, negativos e as sugestões. Reforçam-se estratégias e soluções para lidar com as situações de risco, bem como buscar um grupo de autoajuda. Orienta-se, em casos de recaídas, para que não se sintam envergonhados em voltar para o programa, discutindo-se sobre o fato de que a recaída faz parte do tratamento, pois parar de fumar é um processo. A regra é: evite um cigarro e você evitará todos os outros. O encerramento está sumarizado no quadro 17.

O que foi positivo do Programa do Tabagismo	O que foi negativo do Programa do Tabagismo	Sugestões	Estratégias de soluções para lidar com situações de risco

Quadro 17 — Encerramento.

O emprego do monóxido de carbono no ar exalado para a detecção de consumo de tabaco é realizado na avaliação e após cada sessão de tratamento, para verificar a sessão do tabagismo.

A mensuração do monóxido de carbono constitui um indicador de fácil emprego, baixo custo, não invasivo, e que fornece resultado imediato. Consiste na determinação da concentração de carbono no ar exalado. (SANTOS *et al.*, 2001).

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v. 153, suppl. 10, p. 1-31, 1996.

________. *Diretrizes para o tratamento de Transtornos Psiquiátricos:* Compêndio 2006. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária (Contapp). *Deixando de fumar sem mistérios*. Rio de Janeiro: INCA, 1997.

________. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Abordagem e tratamento do fumante*. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

________. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS 442/04 de 13 de agosto de 2004. Aprova o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS. Brasília; 2004a.

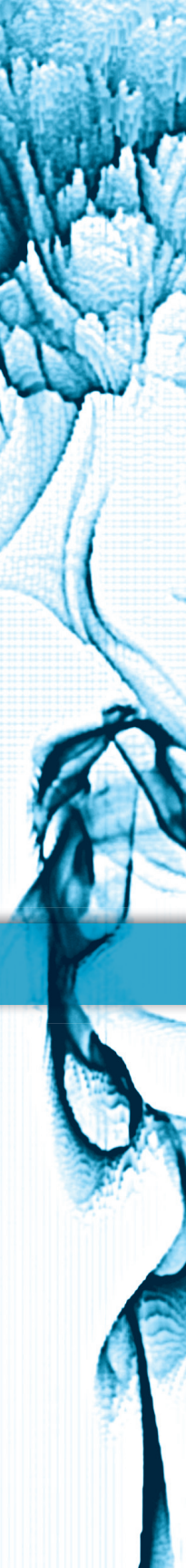
________. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Deixando de Fumar sem Mistérios: Manual do Coordenador*. 2.ed. Rio de Janeiro, 2004b.

MEIRELLES, R.; CAVALCANTE, T. Quais políticas de controle do tabagismo um país deve ter para chegar a um tratamento eficaz? A perspectiva governamental. In: GIGLIOTTI, A.; PRESMAN, S. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABP-Saúde, 2006. p.171-189.

PRESMAN, S.; CARNEIRO, E.; GIGLIOTTI, A. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.32, n.5, p.267-75, set./out. 2005.

________. Intervenção Intensiva e Terapia de Grupo. In: GIGLIOTTI, A.; PRESMAN, S. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABP-Saúde, 2006. p.27-51.

REICHERT, J. *et al*. Diretrizes da SBPT – Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol*, v.34, n.10, p.845-880, 2008.

SANTOS, U. *et al*. Emprego da determinação de monóxido de carbono no ar exalado para detecção do consumo de tabaco. *Jornal de Pneumologia*, v.27, n.5, p.231-6, set./out. 2001.

7 Prevenção de recaídas em dependência do tabaco

Prevenção de recaídas em dependência do tabaco

Sandra Odebrecht Vargas Nunes
Márcia Regina Pizzo de Castro
Carlos Roberto de Souza

7

TRATAMENTOS PSICOSSOCIAIS PARA PREVENÇÃO DE RECAÍDAS EM DEPENDÊNCIA DO TABACO

Os objetivos das terapias psicossociais de prevenção de recaídas em dependência de nicotina é ensinar formas de evitar a recaída no uso de tabaco em situações de alto risco. Muitos pacientes recaem nos primeiros seis a doze meses após terem tentado parar de fumar. Se o paciente recai, os profissionais da saúde necessitam encorajá-lo a recomeçar. Terapias comportamentais e grupos de apoio podem melhorar as taxas de abandono. (MALLIN, 2002).

Nas terapias cognitivo-comportamentais, os pacientes identificam as situações de alto risco de recaídas e desenvolvem estratégias de manejo. O planejamento de estratégias comportamentais de enfrentamento inclui retirar-se da situação, usar comportamentos substitutos ou desenvolver habilidades (assertividade, habilidade de recusa, manejo de tempo) para gerenciar os fatores que desencadeiam o fumo. O enfrentamento cognitivo inclui identificar e questionar pensamentos mal-adaptativos e substituí-los por padrões de pensamento mais efetivos (lembrar-se de porque é importante parar de fumar ou de que a vontade vai passar), ou tentar impedir que um lapso se torne uma recaída. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

Fumantes em manutenção devem ser monitorados quanto aos progressos e dificuldades enfrentados, através de consultas e/ou contatos telefônicos para prevenção da recaída. O paciente precisa se conscientizar de que o tabagismo é uma doença crônica, e que não deve acender um cigarro ou dar uma tragada, pois poderá voltar a fumar. Para evitar recaída, o paciente deve ser estimulado

a identificar as situações rotineiras que o colocam em risco de fumar e a traçar estratégias para enfrentar essas situações. Se, por acaso, a recaída acontecer, ela deverá ser aceita pelo profissional sem críticas, mantendo a atmosfera de confiança e apoio já demonstrada anteriormente. (REICHERT *et al.*, 2008).

As taxas de abandono após seis meses para terapias comportamentais para tratar indivíduos com dependência à nicotina geralmente variam de 20% a 25%, ou são cerca de duas vezes mais altas do que as taxas de abandono com indivíduos do "grupo controle". (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

PROCESSO DE RECAÍDA: FATORES DESENCADEANTES

Os pacientes que fumam podem expressar sentimentos ou temores que servem de obstáculos para a cessação do tabagismo. As preocupações mais comuns são o medo de ganhar peso, o medo da abstinência e o de fracassar. A exacerbação dos sintomas psiquiátricos tende a ser um obstáculo adicional para pacientes psiquiátricos. Entretanto, pode-se lidar com a fissura, com o medo de ganho de peso, do fracasso e o medo de agravamento de problemas psiquiátricos com abordagens de resolução de problemas, aumento de monitoramento médico e terapias comportamentais. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

As técnicas cognitivo-comportamentais ajudam o fumante a modificar o padrão de conduta no consumo de tabaco, evitando as situações vinculadas às recaídas. Isso se reflete tanto no aprendizado para resistir à compulsão por fumar quanto na adoção de estratégias que se contraponham ao ato de fumar. O apoio social consiste em reforçar as motivações para parar, fortalecer as vantagens da cessação, aumentar a autoeficácia, combater crenças e racionalizações em torno do consumo, prevenir problemas residuais da cessação (aumento ponderal, irritabilidade, humor negativo) e apoiar o fumante a resolver a ambivalência, se a motivação declinar. (REICHERT *et al.*, 2008).

AVALIAÇÃO DAS SITUAÇÕES DE ALTO RISCO

Situação de alto risco significa qualquer determinante interno (psicológico) ou externo (ambiental) que ameace a percepção de controle (autoeficácia) do indivíduo.

As situações de risco de recaída podem ser estados emocionais negativos, conflitos interpessoais e pressão social.

Estados emocionais negativos são aquelas situações nas quais os indivíduos estão vivenciando um estado de humor ou sentimento negativo ou desprazeroso, como frustração, raiva, ansiedade, depressão ou tédio, antes ou no momento do primeiro lapso. Conflitos emocionais são aquelas situações que envolvem um conflito em andamento associado a qualquer relacionamento interpessoal. As pressões sociais são aquelas situações na quais o indivíduo está respondendo à influência de outra pessoa. (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

Para identificar as situações de alto risco, o que estava fazendo, quais sentimentos envolvidos e desenvolver estratégias de enfrentamento, o paciente deve desenvolver o automonitoramento, anotando cada cigarro fumado, a situação e o sentimento naquele momento. Com esses dados, podemos estabelecer as estratégias junto com o paciente para as situações apresentadas. O cigarro nos serve como uma bengala, como um amortecedor para as emoções – sejam elas desagradáveis ou não. O fumante deve, também, avaliar os condicionamentos com o hábito de fumar, como: fumar e tomar um cafezinho; fumar após refeições; fumar antes de dormir, etc. (PRESMAN, 2006).

Para se ter noção do que ocorreu no momento da recaída e ter argumentos convincentes para ajudar o paciente a começar de novo, o profissional de saúde pode fazer as seguintes perguntas (MEIRELLES; GONÇALVES, 2004):

1. O que aconteceu?
2. O que estava fazendo nessa hora?
3. Como se sentiu ao fumar seu primeiro cigarro?

4. Você já pensou em nova data para parar de fumar?

Comumente, alguns fatores estão ligados à vontade de fumar, tais como após as refeições, café, bebidas alcoólicas, convívio com fumantes, tédio, estados emocionais negativos e/ou positivos, etc. Após identificar as situações de risco, cabe aos dois, profissional de saúde e paciente, determinar a forma mais adequada de enfrentá-las.

O ideal seria evitar as situações de risco, mas nem sempre isso é possível. Nas primeiras semanas, deve-se evitar beber café, substituindo-o por suco ou água; da mesma forma, deve-se evitar conviver com fumantes.

Esses pacientes devem ser esclarecidos sobre as circunstâncias que os levaram à recaída sem críticas, e estimulados a tentar outra vez. Uma vez que a recaída faz parte do tratamento, as pesquisas mostram que grande parte dos ex-fumantes tentou pelo menos três vezes antes de conseguir. Deve-se transformar o fracasso em aprendizado, para não se cair nas mesmas armadilhas na próxima tentativa. (MEIRELLES, CAVALCANTE, 2006).

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Se o indivíduo é capaz de executar uma resposta de enfrentamento cognitiva ou comportamental eficaz diante da situação de alto risco (ser assertivo, por exemplo, no combate à pressão social), a probabilidade de recaída diminui significativamente. Aquele que lida eficazmente com a situação tende a experimentar um senso de domínio ou controle. Essa sensação de domínio cria, no indivíduo, uma expectativa de que será capaz de lidar bem com as próximas ocasiões À medida que a duração da abstinência ou período de uso controlado aumenta, e ele é capaz de lidar efetivamente com mais situações de alto risco, a percepção de controle aumenta de uma forma cumulativa e a probabilidade de recaída diminui proporcionalmente. (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

Os profissionais da saúde podem utilizar-se de estratégias para prevenirem as recaídas. Poderão encorajar os pacientes a identificar as pistas e gatilhos e decidir as estratégias de enfrentamento. (OKUYEMI; NOLLEN; AHLUWALIA, 2006).

O sucesso do tratamento pode ser avaliado através da abstinência e/ou ausência de recaídas. Mas isso também se vincula a outros fatores, e o principal deles é a adesão do paciente.

O risco de recaída varia com o tempo do tabaco, da idade de início do consumo, da ansiedade e da depressão, pois tais fatores dificultam a cessação do tabagismo.

Quanto mais cedo se associa alguns comportamentos ao hábito de fumar, mais o fumante passa a agir em função do cigarro. O fato de se fumar sempre a mesma quantia de cigarros pode estar relacionado à dependência física e psicológica, ou até mesmo ao medo de tentar e não conseguir parar com o vício.

Todo indivíduo precisa se preparar para enfrentar processos de abstinência e cessação do cigarro uma vez que, antes da parada total, todo fumante faz tentativas no sentido de melhorar e superar a recaída.

Muitas pessoas que buscam tratamento não se acham capazes de chegar até o fim, devido a insucessos anteriores. O ambiente também é um fator a ser considerado, pois pode interferir no esforço do fumante devido a pessoas, participantes desse mesmo, ambiente terem o hábito de fumar.

Técnicas de controle comportamental são utilizadas no sentido de auxiliar o fumante, tirando de perto dele tudo o que possa lembrar tanto o cigarro, como o hábito de fumar, até mesmo o local que associe ao cigarro.

O quadro 18 sumariza uma análise funcional de situações de risco de recaídas e estratégias de enfrentamento.

Situações gatilhos	O que eu estava pensando e o que eu estava sentindo quando fumei	Qual a situação em que eu estava quando fumei?	Aumentar as atividades prazerosas	Lidar com a fissura	Lidar com situações difíceis
Tristeza		quando?			
Ansiedade	ESTRATÉGIAS	onde?	ESTRATÉGIAS	ESTRATÉGIAS	ESTRATÉGIAS
Alegria	Identificar e modificar as crenças e os pensamentos disfuncionais	com quem?	Elabore uma lista de atividades prazerosas sem danos	Distrair	Identificar o estilo para lidar com as situações: passivo, agressivo, assertivo
Café			Razão para eu mudar	Relaxar	As pessoas que podem me ajudar são:
Álcool		ESTRATÉGIAS	Meu contrato comigo mesmo	Adiar	Identifique os prolemas e escolha a melhor solução
Refeições		Identificar as alternativas mais seguras para as situações de risco		A fissura é auto limitada	
Estressores				Lembrar das consequências negativas	
Ganho de peso				Reformular os pensamentos disfuncionais	
Pressão Social					
ESTRATÉGIAS					
assertividade					
suporte social					
busca de prazeres sem danos					

Quadro 18 — Situações de risco de recaídas e estratégias de enfrentamento.

Para que o fumante se torne mais forte e enfrente situações, é possível aconselhá-lo e também ajudá-lo a lidar com a vontade de fumar. Aspectos sociais e psicossociais indevidos podem levar a uma elevação da ansiedade e estresse e, se não forem bem trabalhados, poderão levar o indivíduo à recaída.

Várias estratégias de enfrentamento têm produzido bons resultados no tratamento e em sua manutenção. Dentre elas, as mais funcionais e objetivas são: o trabalho com o sentimento e as emoções através da verbalização; a assertividade; a prática de exercícios físicos; a mudança de hábitos e costumes; a dieta eficaz; o alerta quanto aos malefícios provocados a fumantes passivos; a participação nos grupos de autoajuda e o incremento da motivação no processo de superação da dependência.

A recaída está intimamente ligada e constatada de forma geral nos três primeiros meses de tratamento. Necessária se faz a valorização do enfrentamento e a compreensão do estado, que é previsto no processo de tratamento, não sendo algo para a catastrofização, porém algo natural, uma escala a mais das etapas a serem superadas.

A seguir, um breve apanhado de como auxiliar o paciente a parar de fumar, por (GLYNN; MANLEY *apud* SOLHA, 2000, p. 41):

- **arguir** se o paciente deseja parar de fumar em todas as consultas; se não desejar, fornecer folhetos com informações gerais sobre o fumo; se deseja, colocar-se à disposição para auxiliá-lo;
- **aconselhar** todos os fumantes a parar de fumar;
- **ajudar** o paciente a parar com informações precisas, prescrição de medicamentos e materiais de autoajuda;
- **acompanhar,** marcando consultas futuras; associar a farmacoterapia com a psicoterapia disponível.

Segundo Solha (2000, p.42):

> Um dos maiores efeitos deste tipo de aconselhamento é motivar os pacientes a pararem, se estes não conseguirem sozinhos, poderão ser encaminhados a serviços especializados. Uma das desvantagens é o desinteresse de muitos profissionais por este assunto, desconfiança nas habilidades do paciente e baixa remuneração (o que para alguns, justifica um atendimento extremamente rápido).

O cronograma abaixo, descrito por Laranjeira (*apud* SOLHA, 2000, p.42), pode ser usado por profissionais da saúde para avaliar a motivação do paciente e para a realização dessa intervenção:

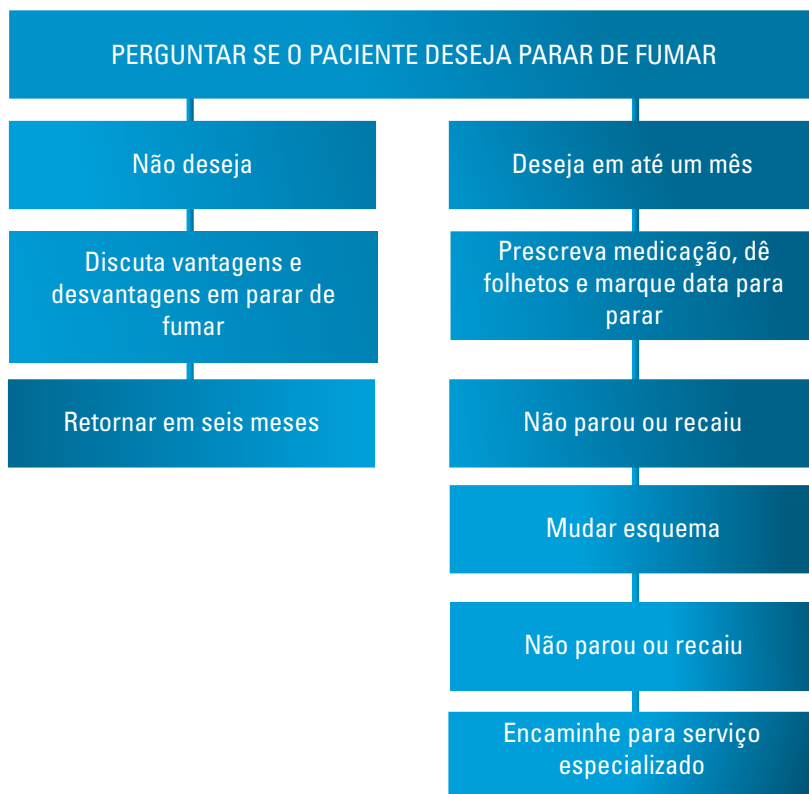



Figura 3 — Motivação do paciente.

PREVENÇÃO DE RECAÍDA

A preparação para a terminação de um processo terapêutico que tem uma elevada eficácia na abordagem dentro dos princípios da terapia cognitivo-comportamental formulada por Alan Marlatt nos idos dos anos 1980, com enfoque na reestruturação cognitiva e mudanças comportamentais, com programação de acompanhamento e reforço nas sessões, tem como prioridade o acrescer consciente e a decisão do paciente com relação à sua problemática, sem fixação na abstinência, preocupado com a redução de danos. O tratamento nada mais é do que um sistema organizado voltado para sustentar a alteração para melhor dos comportamentos de danos, buscando evitar condutas de risco, a sustentação maior no treino de habilidades e na consciência da situação pelo paciente. Possui fases de reconhecimento, de evitação e de enfrentamento.

A utilização de métodos de avaliação para situações consideradas de alto risco, tais como: percepção fixa do paciente, mensuração da alta eficácia, história de vida, experiências descritas das recaídas e autoaconselhamento são sumarizadas na figura 4. Tudo isso dentro do aspecto interno (psicológico) ou externo (ambiental), conforme o modelo cógnito-comportamental do processo de recaída:

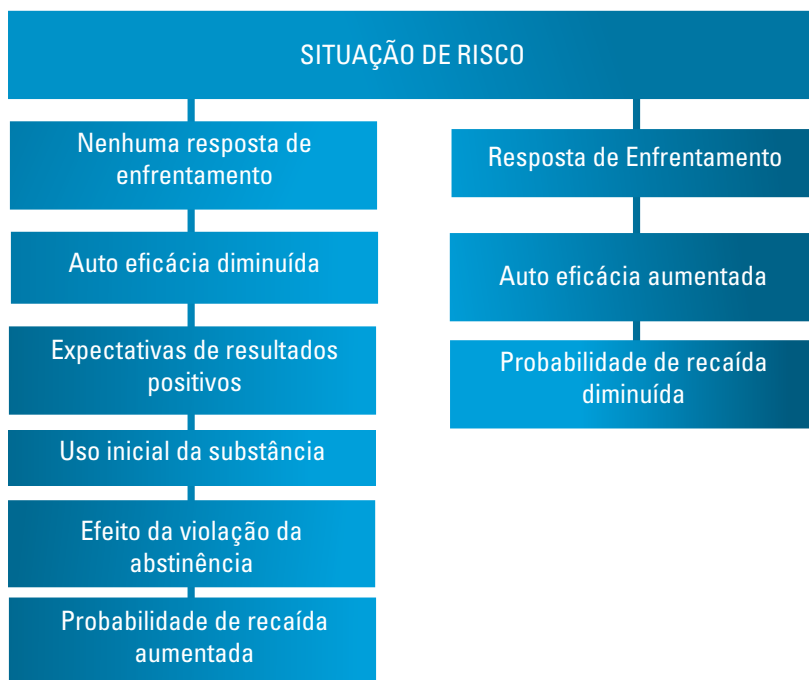



Figura 4 — Avaliação das situações de risco de recaída e resposta de enfrentamento.
Fonte: *Marlatt (apud BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRAS, 2004, p. 252).*

A prevenção de recaída apresenta alguns sintomas, assim elencados:

- mecanismo de negação do estresse, comum no processo mutacional;
- dever irreversível com o estado de abstinência;
- irritabilidade e conflitos com os envolvidos no tratamento;
- falta de sentido com relação à vida;
- esquiva, ódio, raiva, medo e ilusão;
- não admissão de apoio (introspectivo e/ou violento);

- sentimento de que “sem o tabaco fica pior”;
- autopiedade neurótica consistente;
- enfraquecimento da autoconfiança;
- conflito sem razão: do mundo, de si e descrença com relação ao futuro;
- não adesão e desistência do tratamento;
- atos de competição e;
- imponência

Esses sintomas necessitam ser revisados e praticados constantemente, em suas estratégias e técnicas, até porque, para o nosso paciente, não interessa qual a abordagem utilizada, e sim a eficácia/sucesso do tratamento e, de preferência, que haja o menor sofrimento ou amargura, dentro de um aspecto empático extremamente respeitoso, em que os compromissos são divididos (50% em média) entre paciente e terapeuta, com a responsabilidade também dividida na busca da eficácia.

Os desafios dos pensamentos automáticos negativos têm de estar afinados com a consequente terminação e ainda com o monitoramento preestabelecido dos prazos demarcados ou datas oportunas.

Concluindo, não há uma programação. As técnicas de enfrentamento na prevenção de recaída são aplicadas conforme as diferenças individuais de cada ser, em conjunto com a experiência e habilidade do profissional de treinamento/apoio. O estilo de vida renovado faz a diferença no processo.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diretrizes par o tratamento de transtornos Psiquiátricos compêndio 2006. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BORDIN, S.; FIGLIE, N.; LARANJEIRA,R. Prevenção de Recaídas. In; FIGLIE, N.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca, 2004.

FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca, 2004.

GLYNN, T. J.; MANLEY, M. W. How to help your patients stop smoking: a National Cancer Institute manual for physicians. U.S. Departament of Health and Human Services. ANtional Institute of Health, *NIH publications*, p.89-3064, 1998.

MALLIN, R. Smoking cessation: Integration of behavioral and drug therapies. *American Family Physician*. v.65, p.1107-14, 2002.

MARLATT, G. A. Prevenção de Recaída: racionalidade teórica e visão geral do modelo In: MARLATT, G. A.;GORDON, J. R. *Prevenção de Recaída – Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

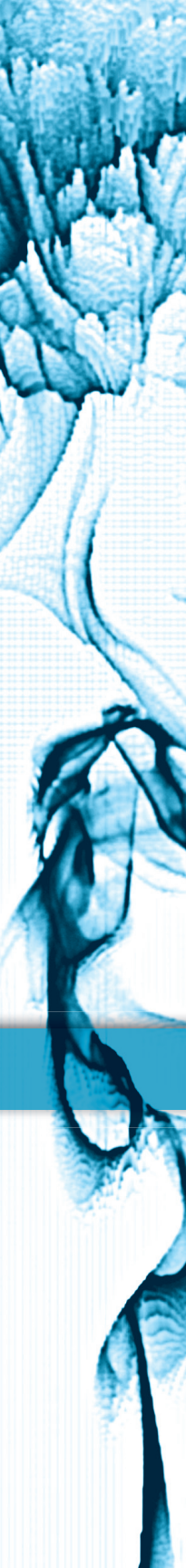
MEIRELLES, R.; CAVALCANTE, T. Quais políticas de controle do tabagismo um país deve ter para chegar a um tratamento eficaz? A perspectiva governamental. *In*: GIGLIOTTI, A.; PRESMAN, S. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABP-Saúde, 2006. p.171-189.

______; GONÇALVES,C. M. Abordagem cognitivo-comportamental do fumante. *J. bras. pneumol.*, [s.l.], v.30, p.50-59, suppl.2, 2004.

OKUYEMI, K.; NOLLEN, N.; AHLUWALIA, J. Interventions to facilitate Smoking Cessation. *American Academy of Family Physicians*,v.74, p.262-71, 2006.

PRESMAN, S. Intervenção intensiva e terapia de grupo. In; GIGLIOTTI, A.; PRESMAN, S. *Atualização no tratamento do Tabagismo*. Rio de Janeiro: ABPSaúde, 2006.

REICHERT, J. *et al*. Diretrizes da SBPT – Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol*, v.34, n.10, p. 845-880, 2008.

SOLHA, Raphaela K. de T. Desintoxicação em Fumo. In: LUIS, Margarita Antonia Villar; SANTOS, Manoel Antonio dos (orgs.). *Uso e Abuso de Álcool e Drogas*. Ribeirão Preto, SP: FIERP-EERP – USP / FAPESP, 2000.

8 Adesão ao tratamento da dependência à nicotina

Adesão ao tratamento da dependência à nicotina

Sandra Odebrecht Vargas Nunes
David Roberto do Carmo
Heber Odebrecht Vargas
Márcia Regina Pizzo de Castro
Maria Madalena Batista de Souza Lanssoni
Regina Célia Rezende Machado

8

ABORDAGEM PARA ADESÃO AO TRATAMENTO EM DEPENDENTES DE NICOTINA

O presente capítulo enfocará uma avaliação das características clínicas e de adesão ao tratamento do tabagismo nos indivíduos que buscaram assistência no Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo (CRATT), localizado no Ambulatório do Hospital de Clínicas (AHC) da Universidade Estadual de Londrina, que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS), credenciado pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria SAS/MS 442/04. (BRASIL, 2004).

As pessoas que procuram o CRATT, inicialmente, realizam uma abordagem diagnóstica para serem encaminhadas para o programa de cessação do tabagismo. A avaliação clínica inicial identifica as características sociodemográficas, história tabagística, gravidade de dependência da nicotina, comorbidades, idade de início, escala de triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias, Escala de Depressão de Hamilton e medidas antropométricas.

A dinâmica de tratamento do CRATT consiste em atendimento individual realizado pela psiquiatria e de grupo terapêutico por toda equipe. São realizadas quatro sessões semanais durante o primeiro mês, quinzenais no segundo mês e mensais, até completar um ano. Realiza-se em todas as sessões a verificação do monóxido de carbono, que é considerado o padrão ouro para verificar se o paciente cessou ou não o consumo de tabaco.

A verificação da adesão ao tratamento dos tabagistas é realizada com 3 meses, 6 meses, 9 meses e 1 ano. Nesse momento, buscam-se informações por meio de um formulário sobre se cessou ou não o consumo de tabaco. Em caso de não ter logrado êxito, são verificados os motivos das recaídas, as barreiras encontradas, a frequência nos grupos terapêuticos, o uso correto da medicação prescrita e como está sua qualidade de vida.

O tabagismo é a maior causa prevenível de morte nos países desenvolvidos. A prevalência do tabagismo entre indivíduos com transtorno mental é de 50% nos pacientes psiquiátricos, em contraste com os 25 % da população geral. Também 50% da população geral consegue parar de fumar, enquanto somente 15% dos pacientes psiquiátricos o fazem. A dependência da nicotina pode ser considerada como uma expressão de vulnerabilidade psicopatológica individual, e isso deve ser ponderado nas intervenções para cessação do consumo de tabaco. (LEMOS, 2006).

Portanto, os profissionais de saúde que atuam nos Ambulatórios de Abordagem e Tratamento do Tabagismo podem utilizar do instrumento de adesão para avaliar a eficácia do tratamento e melhorar as estratégias de intervenção para cessação do uso do cigarro.

Cerca de 80% dos fumantes querem parar de fumar. No entanto, apenas 3% conseguem, a cada ano, e a maioria desse grupo consegue parar sem ajuda. A abordagem e o tratamento do fumante chegam a aumentar as taxas de cessação de fumar de 3% para 20% a 30%, em um ano. (BRASIL, 2001).

Dependentes de nicotina têm maior probabilidade de sofrer de transtornos psiquiátricos concomitantes do que a população geral. Cerca de 60% a 95% dos indivíduos apresentam dependência de nicotina concomitante com outras substâncias psicoativas, e o tratamento delas, junto com o tabaco, é um desafio. O tratamento de transtornos psiquiátricos coexistentes inclui intervenções psicossociais e/ou farmacológicas. A não adesão pode ter muitos fatores, incluindo comprometimento cognitivo, medo do paciente de

interações medicamentosas prescritas e as substâncias de abuso, medo que a própria medicação prescrita seja prejudicial, mudança na motivação e falta de apoio. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

Mesmo os pacientes que iniciam tratamento com grande motivação para alcançar abstinência terão de lutar contra o reaparecimento da fissura. Além disso, influências sociais (familiares ou amigos), influências econômicas (desemprego), condições de saúde (dores crônicas, fadiga), influências psicológicas (falta de esperança, desespero) aumentam a vulnerabilidade a um episódio de recaída, mesmo quando o indivíduo adere ao tratamento prescrito. O reconhecimento explícito dos seus esforços e êxitos ajuda a motivá-los a permanecer no tratamento, a despeito dos reveses. Pode-se aperfeiçoar seu envolvimento e sua permanência no tratamento utilizando-se estratégias de aumento da motivação e incentivando-os a participar ativamente das estratégias de autoajuda. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*. 2008).

Outros obstáculos para a cessação do tabagismo são o medo de ganhar peso, medo da fissura e do fracasso. Os profissionais da saúde, diante do medo do paciente de não conseguir vencer os obstáculos para a cessação do tabagismo e o sentimento de incapacidade de mudar, deve esclarecer sobre esses sentimentos, explorar os motivos pelos quais ele fuma e oferecer apoio e respeito. Quando o paciente tem amigos que fumam ou moram com pessoas que fumam, esses fatores podem representar um obstáculo ao seu tratamento. Deve-se avaliar como essas pessoas favoreceram ou minaram as tentativas anteriores de abandono do cigarro. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

MOTIVOS DA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO

Os seguintes pontos devem ser comunicados aos pacientes tabagistas: 1) a maioria dos fumantes tenta parar de fumar várias vezes antes de finalmente conseguir mas, com persistência, a

metade de todos os fumantes param; 2) a maioria dos fumantes fracassa nas primeiras tentativas, mas quando é capaz de manter a abstinência por três meses, a recaída é improvável; 3) pode-se aliviar a abstinência de nicotina com terapia de reposição de nicotina; os verdadeiros sintomas de abstinência, em geral, duram quatro semanas ou mais, e podem incluir disforia ou depressão, irritabilidade, frustração ou raiva, ansiedade, dificuldade de concentração, inquietação, diminuição da frequência cardíaca, aumento do apetite e ganho de peso. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

Para manter a adesão ao tratamento, é importante lidar com as suas preocupações sobre o ganho de peso. Os benefícios de parar de fumar para a saúde sem dúvida superam os riscos de aumento de peso. Em média, os fumantes pesam de 2 a 3 quilos menos do que pessoas que nunca fumaram.

O uso de álcool é um fator de risco na maioria dos estudos de recaída no tabagismo; assim é recomendável que os pacientes em tentativa de parar de fumar se abstenham de álcool ou diminuam seu consumo. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

Parar de fumar reduz a morbidade e a mortalidade do tabagista. O grau de melhora depende do processo da doença envolvida e a quantidade de dano produzida no tempo da cessação. Por exemplo, fumantes reduzem o risco de desenvolver doença coronariana em 50% um ano após deixar de fumar. Após quatro anos, o risco torna-se equivalente ao das pessoas que nunca fumaram. Dadas as medidas de custo e efetividade, os profissionais da saúde da atenção primária, além de aconselhar, devem acompanhar o paciente e avaliar a motivação de cessar o tabaco. A avaliação motivacional é usada para medir os processos de mudanças nos cinco estágios: pré-contemplação (não pensa em abandonar o cigarro nos próximos seis meses); contemplação (pensa em abandonar nos próximos seis meses), preparação (pensa em cessar o cigarro nos próximos 30 dias), ação (abandonou o cigarro há menos de seis meses) e manutenção (cessou o cigarro há mais de seis meses). (OKUYEMI; NOLLEN; AHLUWALIA, 2006).

Nas intervenções terapêuticas para cessação do tabagismo, devem-se avaliar as situações de maior risco de recaídas. Os pacientes que recaem devem ser reforçados a reconsiderar uma nova data para outra tentativa de cessação, pois parar o consumo do tabaco significa reduzir morbidade e mortalidade.

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA DEPENDÊNCIA DO TABACO DO CENTRO DE REFERÊNCIA DO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

A avaliação e o acompanhamento necessitam de instrumentos contendo dados sobre: as características individuais, o grau de dependência de nicotina, a concentração de monóxido de carbono, a motivação para abandonar o tratamento, a capacidade de trabalho e para atividades domésticas, os condicionamentos relacionados ao tabagismo, a história familial para o tabagismo, os tratamentos efetuados anteriores, além de história de outras comorbidades médicas, triagem de substâncias psicoativas e transtorno de humor .

A qualidade de vida (QV) foi avaliada por meio da utilização do WHOQOL-BREF, adaptado e validado para a língua portuguesa por Fleck *et al*. (2000). Trata-se de um instrumento com 26 questões distribuídas em quatro domínios: saúde física (7 questões), saúde psicológica (6 questões), relações sociais (3 questões), meio ambiente (8 questões) e 2 questões relacionadas com a avaliação global da QV. As propriedades psicométricas do WHOQOL-BREF foram testadas e são adequadas, bem como sua capacidade para avaliar a QV em fumantes. (CASTRO *et al*., 2007).

O Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e Outras Substâncias (ASSIST versão 3.0**)** trata-se de um questionário para rastreamento de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, que abrangem: tabaco, álcool, canabinoides, cocaína, estimulantes do tipo anfetamina, sedativos, alucinógenos, inalantes, opioides e outras drogas. (HENRIQUE *et al*., 2004, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, 2003).

Os escores para o álcool foram: 0-10 para baixo risco; 11-26 para risco moderado e > 27 para alto risco. A pontuação para todas as outras substâncias foi: 0-3 para baixo risco; 4-26 para risco moderado e > 27 para alto risco.

Para este estudo, foi adotado o critério de que o participante com pontuação de 27 ou mais, para qualquer substância psicoativa, sugere que é de alto risco de dependência e que possivelmente está com problemas socioeconômicos, de saúde e legais, como resultado de seu abuso.

Os critérios diagnósticos para pesquisa de transtorno de humor e esquizofrenia estarão de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados (CID-10). (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998).

Os critérios diagnósticos do transtorno depressivo foram realizados de acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para pesquisa. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998). Esses critérios gerais para episódio depressivo são:

A) o episódio depressivo deve durar pelo menos duas semanas, sem episódios maníacos e desordens relacionadas às substâncias.

B) o critério de depressão para os sintomas leve, moderado e grave foi a persistência dos seguintes sintomas:

1) humor deprimido anormal pelo sujeito, na maior parte do dia, quase todos os dias;

2) acentuadamente menor interesse ou prazer em tudo, ou quase tudo, na maior parte das atividades do dia;

3) fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

C) os sintomas adicionais são:

1) perda da autoestima e confiança;

2) sentimentos de autorrecriminação ou inutilidade, ou culpa excessiva ou inadequada;

3) pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou qualquer comportamento suicida;

4) capacidade de pensar ou concentrar-se diminuída, ou indecisão;

5) alteração na atividade psicomotora com agitação ou lenhificação;

6) qualquer tipo de perturbação do sono;

7) alteração no apetite (diminuição ou aumento), com correspondente alteração de peso.

O episódio depressivo leve deve ter o critério **A**, dois sintomas do critério **B** e dois sintomas do critério **C**. O episódio depressivo moderado deve ter o critério **A**, dois sintomas do critério **B** e quatro sintomas do critério **C**. O episódio depressivo grave deve ter o critério **A**, três sintomas do critério **B** e cinco sintomas do critério **C**, sem sintomas psicóticos.

O Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina (FTND) foi utilizado para avaliar a gravidade da dependência de nicotina, e foi traduzido e adaptado para o português por Carmo e Pueyo (2002). Consta de seis questões, e o escore máximo do teste é 10. Escore maior do que quatro indica maior gravidade. (HEATHERTON *et al.*, 1991; POMERLEAU *et al.*, 1994; FARGERSTRÖM *et al.*, 1978; 1996).

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diretrizes par o tratamento de transtornos Psiquiátricos Compêndio 2006. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Abordagem e tratamento do fumante*. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

______. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS 442/04 de 13 de agosto de 2004.* Aprova o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS. Brasília, 2004.

CASTRO, M. G. T.; *et al*. psychometric properties in a sample of smokers. *Rev Bras Psiquiatr*, [s.l.], v.29, n.3, p.254-7, 2007.

CARMO, J. T.; PUEYO, A. A. A adaptação ao português do Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes. *Rev Bras Med*. [s.l.], v. 59, n.1/2, p.73-80, 2002.

FAGERSTRÖM, Karl O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, Oxford, v.3, n.3/4,p.235-241, 1978.

______. *et al*. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tobacco Control*, London, v.5, n.1, p. 52-56, 1996.

FLECK, Marcelo *et al*. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida Whoqol-Bref. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.34, n.2, p.178-183, 2000.

HEATHERTON T. F. *et al*. The Fagerström Test For Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, [s.l.], v.86, n.9, p.1119-27, 1991.

HENRIQUE, Iara Ferraz Silva. *et al*. Validação da Versão do Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Medica Brasileira*, São Paulo, v.50, n.2, p.1-8, 2004.

LEMOS, T. Tabagismo e comorbidades psiquiátricas. In: Gigliotti A., Presman S. *Atualização no Tratamento do Tabagismo*. Rio de Janeiro: ABP - Saúde, 2006. p.53-70.

OKUYEMI, K.; NOLLEN, N.; AHLUWALIA, J. Interventions to facilitate smoking cessation. *Am Fam Physician*, [s.l.], v.74, n.2, p.262-71, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação de Transtorno s Mentais e de Comportamento da CID-10*: Critérios Diagnósticos para pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p.94-105.

POMERLEAU, Cynthia S. *et al*. Reliability of the Fagerström Tolerance questionnaire and the Fagerström test for nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, Oxford, v.19, n.1, p.33-39, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, [s.l.], v.97, n.9, p.1183-1194, 2002.

______. The ASSIST project – Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST Questionnaire Version 3.0 (Portuguese). Working Group: Guidelines for use in primary care. Draft version only v1.1 september, 2003, p. 6. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/>. Acesso em: 6 abr. 2007.

PROGRAMA DE TABAGISMO – AVALIAÇÃO CLÍNICA

Instrumento Número: |___|___|___|. **Data da primeira avaliação**: _____/_____/_____

Local: 1.UEL 2.Centros de saúde ☐

Cartão SUS Nº: _______Hygia Nº: ________

Coordenador do Grupo: _______________

Vice Coordenador: ___________________

1. População:

1. Tabagista trat.c/ grupo terapêutico
2. Tabagista trat.c/ grupo terapêutico+farmacoterapia
3. Tabagista trat.c/ grupo terapêutico+reposição nicotínica(TRN)
4. Tabagista trat.c/ grupo terapêutico+farmacoterapia+TRN
5. Grupo terapia+homeopatia
6. Grupo terapia+homeopatia+reposição nicotínica(TRN)
7. Grupo terapia+homeopatia+TRN+farmacoterapia
8. Desistência
9. Controle
10. Psicótico
11. Bipolar
12. Câncer
13. Gestante

☐☐

I. *Caracterização Sociodemográfica da clientela*

Nome/Apelido: ___________________

2. Data de Nascimento: _____/_____/_____

3. Idade (em anos): ___________________

4. Naturalidade: _____________________

5. Gênero: 1.Masculino 2.Feminino ☐☐

6. Situação conjugal: 1. Solteiro 2.União estável

3.Separado/Divorciado 4.Viúvo ☐☐

7. Cor da pele: 1.Branca 2.Negra 3.Amarela

4.Mulata 5. Parda 6. Indígena ☐☐

8. Anos de estudo: _______

9. Nível de Escolaridade:

01.Analfabeto 02.Alfabetizado
03.Fundamental incompleto 04.Fundamental Completo
05.Médio Incompleto 06.Médio Completo
07.Superior Incompleto 08.Superior Completo
09.Pós-graduação *latosensu* 10.Pós-graduação *strictosensu*

☐☐

10. Reside:

1.Sozinho 2.Parceiro 3.Família 4.Familiares
5.Asilo 6.Outros _________ ☐

11. Renda familiar mensal (salários-mínimos): ______

12. Nº dependentes desta renda: _________

Endereço: _____________________

Município: __________ CEP: _______ Estado: ______

Telefone Contato:___________ Celular: _________Ramal:_______

II. *Situação de Trabalho 1*

13. Local de Trabalho: ______________________________

Endereço: _______________________________________

Município: ___________ CEP: ____________ Estado: ______

14. Formação: ___________________________

15. Profissão: ___________________________

16. Ocupação:________________________

17. Relação com o trabalho:

1.Formal 2.Informal 3.Autônomo 4.Servidor Público
☐

18. Situação trabalhista:

1.Desempregado 2.Auxílio-desemprego 3.AtividadenãoRemunerada
4.Atividade Remunerada 5.Auxílio-doença 6.Estudante
7.Aposentado 8.Outro ___________ ☐

19. Possui doença que o afaste do trabalho:

1.sim 2.não ☐

20. Qual é a doença? ______________________

21. Esta doença torna-o incapaz para o trabalho?

1.sim 2.não ☐

22. No último mês, quantos dias ficou afastado das suas atividades laborais? _________________

23. Qual foi o motivo/doença? _____________________________

24. No último ano, quantos dias ficou afastado das suas atividades laborais? ___________

25. Qual foi o motivo/doença? _____________________________

26. Esta doença o incapacitou para as atividades domésticas?

1.sim 2.não ☐

27. Teve alguma internação geral recente:

1.sim 2.não ☐

28. Por quantas vezes foi internado? _________________________

29. Quantos dias duraram cada internação? _________________

30. Seus colegas de trabalho fumam?

1.sim 2.não ☐

31. Existe no local de trabalho área específica para fumar/fumódromo?

1.sim 2.não ☐

III. *dados de encaminhamento*

32. A procura deu-se:

1.Voluntariamente 2.Por encaminhamento médico ou clínica
3.Sugestão familiar 4.Sugestão amigo
5.Sugestão colega de trabalho 6.Outro__________ ☐

História Pregressa da Doença

33. (01) Você tem ou teve frequentemente aftas, lesões (feridas) e/ou sangramento na boca?

1.Sim 2.Não

33.1. Está em tratamento? 1.Sim 2.Não

34. (02) Você tem diabetes mellitus?

1.Sim 2.Não

34.1. Está em tratamento? 1.Sim 2.Não

35. (03) Você tem hipertensão arterial?

1.Sim 2.Não

35.1. Está em tratamento? 1.Sim 2.Não

36. (04) Você tem ou teve algum problema cardíaco?

1.Sim 2.Não

36.1. Qual? ______________________________

36.2. Está em tratamento? 1.Sim 2.Não

37. (05) Você tem ou teve frequentemente queimação, azia, dor no estômago, úlcera ou gastrite?

1.Sim 2.Não

37.1. Está em tratamento? 1.Sim 2.Não

38. (06) Você tem ou teve algum problema pulmonar?

1.Sim 2.Não

38.1. Qual? _____________________________

38.2. Está em tratamento? 1.Sim 2.Não

39. (07) Você tem alergia respiratória?

1.Sim 2.Não

39.1. Está em tratamento? 1.Sim 2.Não

40. (08) Você tem alergia cutânea?

1.Sim 2.Não

40.1. Está em tratamento? 1.Sim 2.Não

41. (09) Você tem ou teve alguma lesão ou tumor maligno?

1.Sim 2.Não

41.1. Onde (local)? ______________________

41.2. Está em tratamento? 1.Sim 2.Não

42. (10) Você tem ou teve crise convulsiva, convulsão febril na infância ou epilepsia?

1.Sim 2.Não

42.1. Está em tratamento? 1.Sim 2.Não

43. (11) Você tem anorexia nervosa ou bulimia?

1.Sim 2.Não

43.1. Está em tratamento? 1.Sim 2.Não

44. (12) Você costuma ter crises de depressão ou ansiedade?

1.Sim 2.Não

44.1. Está em tratamento? 1.Sim 2.Não

45. (13) Você faz ou fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?

1.Sim 2.Não

45.1. Está em tratamento? 1.Sim 2.Não

45.2. Qual a medicação? ____________________

45.3. Você já tentou suicídio? 1.Sim 2.Não

45.4 Quantas vezes?_______________________

45.5 Métodos de tentativa de suicídio

1. Ingestão de medicamento
2. Ingestão de organofosforado
3. Enforcamento
4. Arma branca
5. Arma de fogo
6. Gás
7. Precipitar-se de alturas
8. Precipitar-se de carro em movimento
9. Outros_________

Caso tenha respondido SIM para as duas questões anteriores (44 e 45), fazer as perguntas sobre Depressão – da 46 à 51; se NÃO, vá direto para a questão 50.

46. (a) Já fez uso de alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para dormir ou se acalmar?

1.Sim 2.Não

46.1. Qual? __________________________________

47. (b1) No último mês você sentiu ou apresentou algum destes sintomas, com duração > 15 dias: (Assinale com x as alternativas)

Tristeza ☐

Perda de interesse e prazer ☐

Energia reduzida e cansaço ☐

48. (b2) Você sentiu ou apresentou, no último mês, algum destes sintomas por mais de 15 dias de duração? (Assinale com x as alternativas)

Concentração e atenção reduzidas ☐

sentimento de culpa e inutilidade ☐

Ideias ou atitudes auto-lesivas ou de suicídio ☐

Apetite alterado ☐

Sono alterado ☐

Autoestima e autoconfiança reduzida ☐

Agitação ou lentificação psicomotora ☐

Pessimismo ☐

49. Grau de Depressão

0. Sem critérios
1. Depressão leve – dois sintomas da questão 47 e dois da 48. Além disso, o paciente apresenta dificuldade com o trabalho e atividades sociais, mas não interrompe as funções.
2. Depressão moderada – dois sintomas da questão 47 e três da 48. Além disso, o paciente apresenta dificuldade considerável em continuar com atividades sociais laboráveis ou domésticas.
3. Depressão grave – três sintomas da questão 47 e cinco sintomas da 48. Critério de dependência moderada, mais angústia ou agitação considerável. Perda da autoestima. Sentimentos de inutilidade ou culpa e suicídio é um perigo marcante.

50. (c) Há história de transtorno afetivo bipolar?

1.Sim 2.Não ☐

50.1. Tratamento:________________________

50.2. MDQ_______________________________

50.3. SCID - Transtorno de Humor ☐

0. Sem alteração de humor
1. Transtorno Bipolar, tipo Maníaco
2. Transtorno Bipolar, tipo Hipomaníaco
3. Transtorno Bipolar, tipo depressivo

4. Transtorno Bipolar, tipo Misto
5. Transtorno Depressivo Maior, unipolar
6. Transtorno Depressivo Maior, em Remissão
7. Transtorno Distímoco
8. Transtorno de Humor, devido a uma Condição Médica Geral.
9. Transtorno de Humor, Induzido por Substância

51. (d) O paciente apresentou durante a consulta (Assinale com x as alternativas)

Agitação ☐
Falta de concentração ☐
Pensamento e fala lentificados ou acelerados ☐
Nenhuma alteração ☐

52. (14) Você costuma ingerir bebidas alcoólicas com que frequência?

1.Nunca 2.Todos os dias
3.Finais de semana 4.Raramente ☐

53. (a) Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

1.Sim 2.Não ☐

54. (b) As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

1.Sim 2.Não ☐

55. (c) Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?

1.Sim 2.Não ☐

56. (d) Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

1.Sim 2.Não ☐

56.1. *Três ou quatro questões positivas no CAGE mostram uma tendência importante para o alcoolismo.*

1.Sim 2.Não ☐

57. (15) Você tem ou teve algum outro problema sério de saúde que não foi citado?

1.Sim 2.Não ☐

57.1. Qual? ____________________

57.2. Está em tratamento? 1.Sim 2.Não

57.3. Qual? _______________________

58. (16) Algum medicamento em uso atual?

1.Sim 2.Não

58.1. Qual? ____________________________

59. (17) Têm prótese dentária móvel?

1.Sim 2.Não

As perguntas 60 e 61 deverão ser respondidas por todos os pacientes do sexo feminino. Se NÃO, ir para a questão 62.

60. (18) Está grávida?

1.Sim 2.Não

60.1. Quantos meses? _______________________

60.2. Número gestações _____________________

61. (19) Está amamentando?

1.Sim 2.Não

História Tabagistica

62. (01) Com quantos anos você começou a fumar ?

62.1 Quantos anos fuma:

62.2 Quantos cigarros fuma por dia?

62.3 Anos/Maço. (nºcigarros x anos fumando/20)

63. (02) Em quais das situações o cigarro está associado a seu dia-a-dia? (Assinale com um X as alternativas que caracterizem esta situação)

Ao falar ao telefone

Com café

Após as refeições

Com bebidas alcoólicas

No trabalho

Ansiedade

Tristeza

Alegria

Nenhum
Outros_________________________________

64. (03) Indique de acordo com algoritmo abaixo qual das afirmativas abaixo você considera, que sejam razões para você fumar?

1.Sim 2. Não 3. Às Vezes

Fumar é um grande prazer

Fumar é muito saboroso

Cigarro me acalma

Acho charmoso fumar

Fumo pra emagrecer

Gosto de fumar para ter alguma coisa nas mãos

Outros_________________________________

65. (04) Quantas vezes você tentou parar de fumar?

1.De 1 a 3 vezes 2.Mais de 3 vezes
3.Nunca tentou *(seguir para a questão 69)*

66. (05) Quantas vezes você ficou sem fumar por pelo menos um dia?

1.Uma vez 2.Duas vezes 3.Três vezes
4.Mais de três vezes 5.Nenhuma vez

67. (06) Quais foram os motivos que levaram você a voltar a fumar? (Múltipla escolha)

Bebida

Briga-Raiva

Tensão

Influência

Medo de ganhar peso

Sem motivo aparente

Estressor de perda

Festa

Alegria

Condicionamento

Ansiedade

Outro

68. (07) Alguma vez na vida utilizou algum recurso para deixar de fumar?

1.Nenhum 2.Apoio de profissional de saúde 3.Leitura em folhetos, revistas, jornais e outros 4.Medicamento
4.1. Qual? __________________
5. Outros_____________________

69. (08) Você participou de algum grupo de apoio para abordagem e tratamento do tabagismo em algum lugar?

1.Sim 2.Não ☐

70. Fez uso de tratamento para parar de fumar (pode escolher várias):

Bupropiona	☐	reposição com adesivo	☐
goma	☐	acupuntura	☐
homeopatia	☐	grupo terapêutico	☐
apoio aos profissionais de saúde	☐	outros medicamentos	☐

qual?_______________________

71. A última vez que ficou abstinente foi por quanto tempo? (em meses)

72. (09) Por que você quer deixar de fumar agora? (Pode assinalar várias alternativas)

- Porque está afetando minha saúde ☐
- Outras pessoas estão me pressionando ☐
- Pelo bem-estar de minha família ☐
- Estou preocupado com minha saúde no futuro ☐
- Porque meus filhos pedem ☐
- Porque não gosto de ser dependente ☐
- Fumar é antissocial ☐
- Porque gasto muito dinheiro com cigarro ☐
- Fumar é um mal exemplo para as crianças ☐
- Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados ☐
- Outros ☐

73. (10) Você convive com fumantes na sua casa?

1.Sim 2.Não ☐

73.1.Qual o grau de parentesco? ___________________________

74. (11) Você se preocupa em ganhar peso ao deixar de fumar?

1.Sim 2.Não ☐

Escala de Tolerância de Fagerström – *Gravidade à Dependência de Nicotina*

75. (01) Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?

0.Após 60 minutos 1.Entre 31 a 60 minutos
2.Entre 06 a 30 minutos 3.Nos primeiros 5 minutos ☐

76. (02) Você acha difícil não fumar em lugares onde é proibido, como em igrejas, bibliotecas, local de trabalho, *shoppings*, etc?

1.Sim 0.Não ☐

77. (03) Qual o cigarro do dia traz mais satisfação?

1.O primeiro da manhã 0.Outros ☐

78. (04) Quantos cigarros você fuma por dia?

0.Menos de 10 1. De 11 a 20 2. De 21a 30 3. Mais de 31 ☐

79. (05) Você fuma mais pela manhã?

1.Sim 0.Não ☐

80. (06) Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo?

1.Sim 0.Não ☐

Pontuação____.

História Familiar de Tabagismo em Primeiro Grau

81. Seu pai fuma ou já fumou?

1.Sim 2.Não ☐

82. Sua mãe fuma ou já fumou?

1.Sim 2.Não ☐

83. Número de irmãos? _________________

84. Quantos deles fumam? __________________

85. Número de filhos? ___________________

86. Quantos deles fumam? __________________

87. História familial:

1.Positiva 2.Negativa 3.Desconhecida ☐

88. História familiar de transtorno mental:

1.Sim 2.Não

88.1. Qual familiar?______________________________

88.2. Qual transtorno mental? ______________________

Avaliação do Grau de Motivação

89. Grau de Motivação

1. *Contemplativo* - motivado a parar, porém sem data estipulada nos próximos dias
2. *Ação* - já tem data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês
3. *Recaído* - retornou ao consumo habitual de cigarros

Exame Físico – Fase 0

90. Altura do paciente (m): m cm

91. Peso (k): k g

92. IMC – Índice de Massa Corpórea (peso/ altura²):

93. PA: x

94. FC:

95. Circunferência Abdominal:

95.2 Circunferência Quadril:

95.3 Teste de Bioimpedância

96. ACV:

1.Normal 2.Ritmo regular 3.Ritmo Irregular

96a. Se AVC = Ritmo irregular, Extras Sístoles/minuto: 1.<5 2.>= 5

97. AR:

1.Normal 2.Roncos e sibilos 3.Diminuição do murmúrio vesicular

98. RXT:

1.Normal 2.DPOC 3.Outros

99. CO exal:

100. Glicemia: ☐☐

101. Há quanto tempo fumou o último cigarro (horas)? ____________

102. Colesterol

102.1. Colesterol Total: ☐☐☐ **102.2.**Colesterol HDL: ☐☐☐

102.3. Colesterol LDL: ☐☐☐ **102.4.**Triglicerídeos: ☐☐☐

Observações: ______________________________

103. ASSIST (01) Na sua vida qual dessas substâncias você já usou (Somente uso não médico)

	Não	Sim
103.1. Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda ...)	0	3
103.2. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados – pinga, uísque ...)	0	3
103.3. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)	0	3
103.4. Cocaína, *crack* (pó, pedra, branquinha, nuvem ...)	0	3
103.5. Estimulantes como anfetaminas ou *ecstasy* (bolinhas, rebites ...)	0	3
103.6. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter ...)	0	3
103.7. Hipnóticos e sedativos (remédios para dormir, diazepan, lorax ...)	0	3
103.8. Drogas Alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	3
103.9. Opióides (heroína, morfina, metadona, coldeína ...)	0	3
103.10. Outros, Especificar : ______________________	0	3

Se NÃO em todos os itens questionar "Nem mesmo quando você estava na escola?".

Se NÃO em todos os itens, pare a entrevista e vá para a questão 111.

Se SIM para alguma droga, prossiga para a questão 104 para cada droga usada.

104. (02) Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou?

	Nunca	1 a 2 vezes	Mensal-mente	Semanal-mente	Diaria-mente ou quase todo dia
104.1. Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda ...)	0	2	3	4	6
104.2. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados – pinga, uísque ...)	0	2	3	4	6
104.3. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)	0	2	3	4	6
104.4. Cocaína, *crack* (pó, pedra, branquinha, nuvem ...)	0	2	3	4	6
104.5. Estimulantes como anfetaminas ou *ecstasy* (bolinhas, rebites ...)	0	2	3	4	6
104.6. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter ...)	0	2	3	4	6
104.7. Hipnóticos e sedativos (remédios para dormir, diazepan, lorax ...)	0	2	3	4	6
104.8. Drogas Alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	2	3	4	6
104.9. Opióides (heroína, morfina, metadona, coldeína ...)	0	2	3	4	6
104.10. Outras, Especifica ____________	0	2	3	4	6

Se NUNCA em todos os itens da Questão 104, vá para a questão 111.

Se SIM para alguns destes itens prossiga respondendo as questões 105 a 110.

105. (03) Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc).

	Nunca	1 a 2 vezes	Mensal-mente	Semanal-mente	Diariamen-te ou quase todo dia
105.1. Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda ...)	0	3	4	5	6
105.2. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados – pinga, uísque ...)	0	3	4	5	6

105.3. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)	0	3	4	5	6
105.4. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem ...)	0	3	4	5	6
105.5. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)	0	3	4	5	6
105.6. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter ...)	0	3	4	5	6
105.7. Hipnóticos e sedativos (remédios para dormir, diazepan, lorax ...)	0	3	4	5	6
105.8. Drogas Alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	3	4	5	6
105.9. Opióides (heroína, morfina, metadona, coldeína ...)	0	3	4	5	6
105.10. Outras, Especifica ____________	0	3	4	5	6

106. (04) Durante os últimos três meses com que frequência o seu consumo de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc). resultou em problemas de saúde, social, legal ou financeiro?

	Nunca	1 a 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
106.1. Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda ...)	0	4	5	6	7
106.2. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados – pinga, uísque ...)	0	4	5	6	7
106.3. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)	0	4	5	6	7
106.4. Cocaína, *crack* (pó, pedra, branquinha, nuvem ...)	0	4	5	6	7
106.5. Estimulantes como anfetaminas ou *ecstasy* (bolinhas, rebites ...)	0	4	5	6	7
106.6. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter ...)	0	4	5	6	7
106.7. Hipnóticos e sedativos (remédios para dormir, diazepan, lorax ...)	0	4	5	6	7
106.8. Drogas Alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	4	5	6	7
106.9. Opióides (heroína, morfina, metadona, coldeína ...)	0	4	5	6	7
106.10. Outras, Especifica _______________	0	4	5	6	7

107. (05) (Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso você deixou de (Primeira droga, depois a segunda droga,etc) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?

	Nunca	1 a 2 vezes	Mensal-mente	Semanal-mente	Diariamen-te ou quase todo dia
107.1. Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda ...)	0	5	6	7	8
107.2. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados – pinga, uísque ...)	0	5	6	7	8
107.3. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)	0	5	6	7	8
107.4. Cocaína, *crack* (pó, pedra, branquinha, nuvem ...)	0	5	6	7	8
107.5. Estimulantes como anfetaminas ou *ecstasy* (bolinhas, rebites ...)	0	5	6	7	8
107.6. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter ...)	0	5	6	7	8
107.7. Hipnóticos e sedativos (remédios para dormir, diazepan, lorax ...)	0	5	6	7	8
107.8. Drogas Alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	5	6	7	8
107.9. Opióides (heroína, morfina, metadona, coldeína ...)	0	5	6	7	8
107.10. Outras, Especifica _____________	0	5	6	7	8

108. (06) Há amigos, parentes ou outras pessoas que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (Primeira Droga, depois a segunda droga, etc.)?

	NÃO, Nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
108.1. Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda ...)	0	3	6
108.2. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados – pinga, uísque ...)	0	3	6
108.3. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)	0	3	6
108.4. Cocaína, *crack* (pó, pedra, branquinha, nuvem ...)	0	3	6
108.5. Estimulantes como anfetaminas ou *ecstasy* (bolinhas, rebites ...)	0	3	6

108.6. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter ...)	0	3	6
108.7. Hipnóticos e sedativos (remédios para dormir, diazepan, lorax ...)	0	3	6
108.8. Drogas Alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	3	6
108.9. Opióides (heroína, morfina, metadona, coldeína ...)	0	3	6
108.10. Outras, Especifica ______________________	0	3	6

109. (07) Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc.)?

	NÃO, Nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
109.1. Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda ...)	0	3	6
109.2. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados – pinga, uísque ...)	0	3	6
109.3. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)	0	3	6
109.4. Cocaína, *crack* (pó, pedra, branquinha, nuvem ...)	0	3	6
109.5. Estimulantes como anfetaminas ou *ecstasy* (bolinhas, rebites ...)	0	3	6
109.6. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter ...)	0	3	6
109.7. Hipnóticos e sedativos (remédios para dormir, diazepan, lorax ...)	0	3	6
109.8. Drogas Alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	3	6
109.9. Opióides (heroína, morfina, metadona, coldeína ...)	0	3	6
109.10. Outras, Especifica ______________________	0	3	6

110. (08) Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

0.Não, nunca 3.Sim, mas não nos últimos 3 meses ☐
2.Sim, nos últimos 3 meses

110.1 Pontuação – Hamilton

110.2 Pontuação - Tabaco

1.0-3 **2**.4-26 **3**.27 ou mais

110.3 Pontuação – Bebidas alcoólicas

1.0-10 **2**.11-26 **3**.27 ou mais

110.4 Pontuação - Maconha

1.0-3 **2**.4-26 **3**.27 ou mais

110.5 Pontuação – Cocaína, *crack*

1.0-3 **2**.4-26 **3**.27 ou mais

110.6 Pontuação – Estimulantes como anfetaminas ou *ecstasy*

1.0-3 **2**.4-26 **3**.27 ou mais

110.7 Pontuação - Inalantes

1.0-3 **2**.4-26 **3**.27 ou mais

110.8 Pontuação – Hipnóticos e sedativos

1.0-3 **2**.4-26 **3**.27 ou mais

110.9 Pontuação – Drogas alucinógenas

1.0-3 **2**.4-26 **3**.27 ou mais

110.10 Pontuação – Opióides

1.0-3 **2**.4-26 **3**.27 ou mais

110.11 Pontuação – Outras

1.0-3 **2**.4-26 **3**.27 ou mais

Qualidade de Vida – Escala do WHOQOL – Bref

*As perguntas abaixo deverão ser respondidas tendo como referência às **duas últimas semanas**.*

Analise a questão e circule o número que lhe pareça a melhor resposta.

	Muito Ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito Boa
111. (01) Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito Insatis-feito	Insatis-feito	Nem satis-feito, nem insatis-feito	Satis-feito	Muito Satisfeito
112. (02) Quão satisfeito você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

*As questões seguintes são sobre o **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.*

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bas-tante	Extre-ma-mente
113. (03) Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
114. (04) O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
115. (05) O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
116. (06) Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
117. (07) O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
118. (08) Quão seguro(a) você se sente com a vida diária?	1	2	3	4	5
119. (09) Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

*As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas*

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completa-mente
120. (10) Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
121. (11) Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
122. (12) Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
123. (13) Quão disponíveis para você estão as informações que precisa para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
124. (14) Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

*As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.*

	Muito Ruim	Ruim	Nem ruim Nem bom	Bom	Muito Bom
125. (15) Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

	Muito Insatis-feito	Insatis-feito	Nem satis-feito Nem insatis-feito	Satisfeito	Muito Satisfeito
126. (16) Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
127. (17) Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
128. (18) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
129. (19) Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
130. (20) Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

131. (21) Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
132. (22) Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
133. (23) Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
134. (24) Quão satisfeito(a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
135. (25) Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a ***com que frequência*** *você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.*

	Nunca	Algumas Vezes	Frequente-mente	Muito Freqüente-mente	Sempre
136. (26) Com que frequencia você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? __________________

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?__________

Você tem algum comentário sobre o questionário? ___________________

137. Sessões Terapêuticas

Situação Paciente (Sit Pac.)

1.Fumante
2.Não fumante
3.Não compareceu
4.Lapso recaída
5.Lapso abstinência
6. Abandono

Tratamento (Tratam.)

01.Grupo
02.Grupo+adesivo
03.Grupo+goma
04.Grupo+adesivo+goma
05.Grupo+buproprіona
06.Grupo+buproprіona+adesivo
07Grupo+buproprіona+adesivo+goma
08.Grupo+buproprіona+goma
09.Grupo+ISRS
10.Grupo+ISRS+adesivo
11.Grupo+ISRS+goma
12.Grupo+ISRS+goma+adesivo
13.Grupo+nortriptilina
14. Grupo+nortriptilina+goma
15.Grupo+nortriptilina+adesivo
16.Grupo+nortriptilina+adesivo+goma
17.Nenhum
18.Grupo+outro
19.Outro_____

Monóxido de Carbono exalado (CO exal) - PPM e %

	Sit.Pac.	Tratam.	CO exal % ppm		Sit.Pac.	Tratam.	CO exal % ppm
Avaliação				9Sessão			
1 Sessão				10 Sess.			
2 Sessão				11 Sess.			
3 Sessão				12 Sess.			
4 Sessão				13 Sess.			
5 Sessão				14 Sess.			
6 Sessão				15 Sess.			
7 Sessão				16 Sess.			
8 Sessão				17 Sess.			

138. Oximetria

Saturação de O²: %

139. Outros

139.1 Dosagem IL-6 – Fase 0: .

139.2 Dosagem da PCR - Fase 0: .

139.3. 5HTT – Polimorfismo – Fase 0:

139.4 TNF α – Fase 0: .

139.5 IL- 1 - Fase 0: .

139.6 IL- 4 - Fase 0: .

139.7 IL- 10 - Fase 0: .

139.8 Potencial Antioxidante Total Plasmático – (TRAP)Fase 0: .

139.9 Dialdeído Malônico (MDA) - Fase 0: .

139.10 Óxido Nítrico (medida indireta) - Fase 0: .

139.11 Hidroperóxidos Lipídicos (FOX) - Fase 0: .

139.12 Produtos Avançados de Proteínas Oxidadas (AOPP) - Fase 0: .

139.13 Hb A1c - Fase 0:

139.14 α1 glicoproteína ácida - Fase 0:

139.15 Insulina - Fase 0:

139.16 Gama GT - Fase 0:

139.17 Ácido úrico - Fase 0:

139.18 Fibrinogênio - Fase 0:

139.19 Homocisteína – Fase 0:

139.20 Função Pulmonar - fase 0:

CVF:

VEF_1:

lVEF_1/CVF:

lCV%:

VVM%:

lCVF%:

lVEF_1%:

CV:

VVM: l/m

PF: l/s

139.21 Índice de Capacidade para o Trabalho - Fase 0:

PESQUISA SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO 3 MESES

140. Como você descreveria a melhor estimativa de adesão ao tratamento prescrito?

1. Não tomou a medicação durante as últimas 12 semanas
2. Quase sempre é aderente à medicação prescrita
3. Adere ao tratamento cerca da metade do tempo
4. Nunca é aderente ao tratamento prescrito
5. Adere totalmente à medicação prescrita
6. Transtorno de Humor, devido a uma Condição Médica Geral.
7. Transtorno de Humor, Induzido por Substância

141. Indique a razão de sua não aderência ao tratamento prescrito?

1. Não aplicável
2. Falta de eficácia parcial da medicação prescrita

3. Intolerância ao tratamento prescrito
4. Falta de medicação prescrita na instituição
5. Outro

Resultados 3 meses

142. Cessação do tabaco:

1.Sim 2.Não

143. Recaída em 3 meses:

1.Sim 2.Não

144. Participação na intervenção cognitiva(dias)

145. Quantos dias após a intervenção abandonou o tabagismo?

146. Barreiras para não abandonar o tabagismo ?

1.Sim 2.Não

147. Medo de ganhar peso?

1.Sim 2.Não

148. Dificuldades com os sintomas de abstinência?

1.Sim 2.Não

Quais?____________________________

149. Agravamento dos problemas emocionais?

1.Sim 2.Não

Quais?_____________________________

150. Sentimentos de perda de controle?

1.Sim 2.Não

151. Não conseguiu resistir à fissura?

1.Sim 2.Não

Qualidade de vida

152. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

1.muito ruim 2.ruim 3.nem ruim e nem boa
4.boa 5.muito boa

153. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito/nem insatisfeito 4.boa
5.muito satisfeito

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas:

154. Em que medida você acha que sua dor(física) impede de fazer o que precisa?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

155. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

156. O quanto você aproveita a vida?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

157. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

158. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

159. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas:

160. Você tem energia suficiente para seu dia a dia?

1.nada 2.muito pouco 3.médio
4.muito 5.completamente

161. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

162. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

163. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

164. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas:

165. Quão bem você é capaz de se locomover?

1.muito ruim 2.ruim 3.nem ruim nem bom
4.bom 5.muito bom

166. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

167. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

168. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

169. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

170. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

171. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

☐

172. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

☐

173. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

☐

174. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

☐

175. Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

☐

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

176. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

1.nunca 2.algumas vezes
3.frequentemente 4.muito frequentemente
5.sempre

☐

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?______________

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? ______

Você tem algum comentário sobre o questionário? ______________

177. Barreiras:

1.Cessou 2.Não cessou

☐

177.1 Se não cessou, Barreiras para não abandonar: (múltipla escolha):

Ansiedade	☐	Medo de ganhar peso	☐
Pressão social	☐	Condicionamento café	☐
Estresse no trabalho	☐	Solidão	☐
Estresse na família	☐	Condicionamento 1º cigarro	☐
Álcool	☐	Tristeza	☐
Alegria	☐	Desibinição	☐
Não sabe	☐	Medo de fissura	☐
Prazer	☐	Outros	☐

PESQUISA SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO — 6 MESES

178. Como você descreveria a melhor estimativa de adesão ao tratamento prescrito?

1. Não tomou a medicação durante as últimas 12 semanas
2. Quase sempre é aderente à medicação prescrita
3. Adere ao tratamento cerca da metade do tempo
4. Nunca é aderente ao tratamento prescrito
5. Adere totalmente a medicação prescrita ☐

179. Indique a razão de sua não aderência ao tratamento prescrito?

1. Não aplicável
2. Falta de eficácia parcial da medicação prescrita
3. Intolerância ao tratamento prescrito
4. Falta de medicação prescrita na instituição ☐

Resultados 6 meses

180. Cessação do tabaco:

1.Sim 2.Não ☐

181. Recaída em 6 meses:

1.Sim 2.Não ☐

182. Participação na intervenção cognitiva(dias) ☐☐

183. Quantos dias após a intervenção abandonou o tabagismo? ☐☐

184. Barreiras para não abandonar o tabagismo? ☐
1.Sim 2.Não

185. Medo de ganhar peso? ☐
1.Sim 2.Não

186. Dificuldades com os sintomas de abstinência? ☐
1.Sim 2.Não
Quais?____________________________

187. Agravamento dos problemas emocionais? ☐
1.Sim 2.Não
Quais?_________________________________

188. Sentimentos de perda de controle? ☐
1.Sim 2.Não

189. Não conseguiu resistir à fissura? ☐
1.Sim 2.Não

190. Barreiras: ☐
1.Cessou 2.Não cessou

190.1 Se não cessou, Barreiras para não abandonar: (múltipla escolha):

Ansiedade	☐	Medo de ganhar peso	☐
Pressão social	☐	Condicionamento café	☐
Estresse no trabalho	☐	Solidão	☐
Estresse na família	☐	Condicionamento 1º cigarro	☐
Álcool	☐	Tristeza	☐
Alegria	☐	Desibinição	☐
Não sabe	☐	Medo de fissura	☐
Prazer	☐	Outros	☐

191. Como você descreveria a melhor estimativa de adesão ao tratamento prescrito?

1. Não tomou a medicação durante as últimas 12 semanas
2. Quase sempre é aderente à medicação prescrita
3. Adere ao tratamento cerca da metade do tempo
4. Nunca é aderente ao tratamento prescrito
5. Adere totalmente à medicação prescrita

192. Indique a razão de sua não aderência ao tratamento prescrito?

1. Não aplicável
2. Falta de eficácia parcial da medicação prescrita
3. Intolerância ao tratamento prescrito
4. Falta de medicação prescrita na instituição

Resultados 9 meses

193. Cessação do tabaco:

1.Sim 2.Não

194. Recaída em 9 meses:

1.Sim 2.Não

195. Participação na intervenção cognitiva(dias)

196. Quantos dias após a intervenção abandonou o tabagismo?

197. Barreiras para não abandonar o tabagismo?

1.Sim 2.Não

198. Medo de ganhar peso?

1.Sim 2.Não

199. Dificuldades com os sintomas de abstinência?

1.Sim 2.Não

Quais?________________________________

200. Agravamento dos problemas emocionais?

1.Sim 2.Não

Quais?________________________________

201. Sentimentos de perda de controle?

1.Sim 2.Não

202. Não conseguiu resistir à fissura?

1.Sim 2.Não

Qualidade de vida

203. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

1.muito ruim 2.ruim 3.nem ruim nem bom
4.bom 5.muito bom

204. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.boa
5.muito satisfeito

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas:

205. Em que medida você acha que sua dor(física) impede de fazer o que precisa?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

206. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

207. O quanto você aproveita a vida?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

208. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

209. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?.

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

210. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas:

211. Você tem energia suficiente para seu dia a dia?

1.nada 2.muito pouco 3.médio
4.muito 5.completamente

212. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

1.nada 2.muito pouco 3.médio
4.muito 5.completamente

213. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

1.nada 2.muito pouco 3.médio
4.muito 5.completamente

214. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?

1.nada 2.muito pouco 3.médio
4.muito 5.completamente

215. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

1.nada 2.muito pouco 3.médio
4.muito 5.completamente

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas:

216. Quão bem você é capaz de se locomover?

1.muito ruim 2.ruim
3.nem ruim nem bom 4.bom
5.muito bom

217. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

218. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

219. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

220. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

221. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

222. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

223. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

224. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

225. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

226. Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.satisfeito
5.muito satisfeito

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

227. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

1.nunca 2.algumas vezes
3.frequentemente 4.muito frequentemente
5.sempre

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?_________________

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _________

Você tem algum comentário sobre o questionário? _______________

228. Barreiras:

1.Cessou 2.Não cessou

190.1 Se não cessou, Barreiras para não abandonar: (múltipla escolha):

Ansiedade
Pressão social
Estresse no trabalho
Estresse na família
Álcool
Alegria
Não sabe
Prazer
Medo de ganhar peso
Condicionamento café
Solidão
Condicionamento 1º cigarro
Tristeza
Desibinição
Medo de fissura
Outros

PESQUISA SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO 12 MESES

229. Como você descreveria a melhor estimativa de adesão ao tratamento prescrito?

1. Não tomou a medicação durante as últimas 12 semanas
2. Quase sempre é aderente a medicação prescrita
3. Adere ao tratamento cerca da metade do tempo
4. Nunca é aderente ao tratamento prescrito
5. Adere totalmente a medicação prescrita

230. Indique a razão de sua não aderência ao tratamento prescrito?

1. Não aplicável
2. Falta de eficácia parcial da medicação prescrita
3. Intolerância ao tratamento prescrito
4. Falta de medicação prescrita na instituição

Resultados 12 meses

231. Cessação do tabaco:

1.Sim 2.Não

232. Recaída em 1 ano:

1.Sim 2.Não

233. Participação na intervenção cognitiva(dias)

234. Quantos dias após a intervenção abandonou o tabagismo?

235. Barreiras para não abandonar o tabagismo?

1.Sim 2.Não

236. Medo de ganhar peso?

1.Sim 2.Não

237. Dificuldades com os sintomas de abstinência?

1.Sim 2.Não

Quais?______________________________

238. Agravamento dos problemas emocionais?

1.Sim 2.Não

Quais?____________________________

239. Sentimentos de perda de controle?

1.Sim 2.Não

240. Não conseguiu resistir à fissura?

1.Sim 2.Não

Qualidade de vida

241. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

1.muito ruim 2.ruim 3.nem ruim nem boa
4.boa 5.muito boa

☐

242. 242. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.boa
5.muito satisfeito

☐

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas:

243. Em que medida você acha que sua dor(física) impede de fazer o que precisa?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

☐

244. . O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

☐

245. O quanto você aproveita a vida?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

☐

246. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

☐

247. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

☐

248. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

1.nada 2.muito pouco 3.mais ou menos
4.bastante 5.extremamente

☐

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas:

249. Você tem energia suficiente para seu dia a dia?

1.nada 2.muito pouco 3.médio
4.muito 5.completamente

☐

250. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

1.nada 2.muito pouco 3.médio
4.muito 5.completamente

251. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

1.nada 2.muito pouco 3.médio
4.muito 5.completamente

252. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

1.nada 2.muito pouco 3.médio
4.muito 5.completamente

253. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

1.nada 2.muito pouco 3.médio
4.muito 5.completamente

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas:

254. Quão bem você é capaz de se locomover?

1.muito ruim 2.ruim 3.nem ruim/nem bom
4.bom 5.muito bom

255. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito/nem insatisfeito 4.boa
5.muito satisfeito

256. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.boa
5.muito satisfeito

257. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.boa
5.muito satisfeito

258. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.boa
5.muito satisfeito

259. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.boa
5.muito satisfeito

260. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.boa
5.muito satisfeito

261. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.boa
5.muito satisfeito

262. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.boa
5.muito satisfeito

263. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.boa
5.muito satisfeito

264. Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?

1.muito insatisfeito 2.insatisfeito
3.nem satisfeito nem insatisfeito 4.boa
5.muito satisfeito

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

265. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

1.nunca 2.algumas vezes
3.freqüentemente 4.muito frequentemente
5.sempre

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?__________________

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? ___________

Você tem algum comentário sobre o questionário? ___________________

266. Barreiras:

1.Cessou 2.Não cessou

190.1 Se não cessou; Barreiras para não abandonar: (múltipla escolha):

Ansiedade	☐	Medo de ganhar peso	☐
Pressão social	☐	Condicionamento café	☐
Estresse no trabalho	☐	Solidão	☐
Estresse na família	☐	Condicionamento 1º cigarro	☐
Álcool	☐	Tristeza	☐
Alegria	☐	Desibinição	☐
Não sabe	☐	Medo de fissura	☐
Prazer	☐	Outros	☐

267. Oximetria

Saturação de O2: ☐☐☐ %

268. Outros

268.1 Dosagem IL-6 – Fase 1: ☐☐☐.☐☐

268.2 Dosagem PCR – Fase 1: ☐☐☐.☐☐☐

268.3 5 HTT – Polimorfismo – Fase 1: ☐☐

268.4 TNF α – Fase 1: ☐☐☐☐☐

268.5 IL- 1 - Fase 1: ☐☐☐.☐☐

268.6 IL- 4 - Fase 1: ☐☐☐.☐☐

268.7 IL- 10 - Fase 1: ☐☐☐.☐☐

268.8 Potencial Antioxidante Total Plasmático – (TRAP)Fase 1: ☐☐☐.☐☐

268.9 Dialdeído Malônico (MDA) - Fase 1: ☐☐.☐☐

268.10 Óxido Nítrico (medida indireta) - Fase 1: ☐☐.☐☐

268.11 Hidroperóxidos Lipídicos (FOX) - Fase 1: ☐☐.☐☐

268.12 Produtos Avançados de Proteínas Oxidadas (AOPP) - Fase 1: ☐☐☐.☐☐

268.13 Hb A1c - Fase 1: ☐☐☐☐☐

268.14 α1 glicoproteína ácida - Fase 1: ☐☐☐☐☐

268.15 Insulina - Fase 1: ☐☐☐☐☐

268.16 Gama GT - Fase 1:

268.17 Ácido úrico - Fase 1:

268.18 Fibrinogênio - Fase 1:

268.19 Homocisteína – Fase 1:

268.20 Função Pulmonar - Fase 1:

CVF:		lCVF%:	
VEF_1:	l	VEF1%:	l
VEF_1/CVF:		CV:	l
CV%:		VVM:	l/m
VVM%:		PF:	l/s

268.21 Índice de Capacidade para o Trabalho - Fase 1:

269. Exame Físico – Fase 1:

1. Altura do paciente: m cm

2. Peso: K g

3. IMC – Índice de Massa Corpórea (peso/ altura²):

4. PA: x

5. FC:

6. AR: 1.Normal 2.Roncos e sibilos
3.Diminuição do murmúrio vesicular

7. RXT: 1.Normal 2.DPOC 3.Outros

8. ACV: 1.Normal 2.Ritmo Regular
3.Ritmo Irregular

8a. Se AVC = Ritmo irregular, Extras Sístoles/minuto:
1.<5 2.>= 5

9. Circunferência Abdominal:

10. Triglicerídeos:

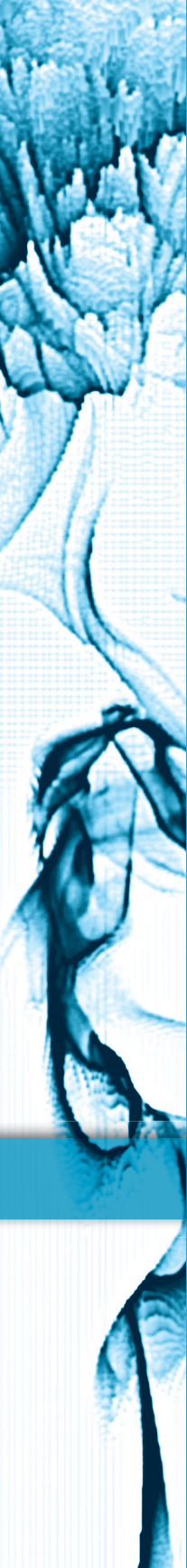
11. Colesterol Total:

12. Colesterol HDL: | | |

13. Colesterol LDL: | | |

14. Glicemia: | | |

15. Circunferência. Quadril: | | |

16. Teste de Bioimpedância: | | |

Tratamento Farmacológico do Tabagismo

Sandra Odebrecht Vargas Nunes
Heber Odebrecht Vargas
Luciana Vargas Alves Nunes
Mariane Vargas Nunes Noto

9

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS QUE FACILITAM O CESSAR DE FUMAR

Fumar cigarros causa dependência definida como um padrão de abuso de droga, caracterizado por envolvimento irresistível com o uso da substância e tendência à recidiva após a interrupção e uma dependência que é um estado fisiológico de neuroadaptação, produzido pela administração repetida da droga, necessitando da administração para prevenir o surgimento da síndrome de abstinência. (STAHL, 2002).

O tratamento do fumante está entre as intervenções médicas que apresentam as melhores relações custo-benefício. A abordagem do fumante para a cessação de fumar tem como eixo central a intervenção psicoterápica cognitivo-comportamental, e em casos específicos, a utilização de apoio medicamentoso. (BRASIL, 2001).

O tratamento farmacológico deixou de ser um acessório do tratamento psicológico para ser um instrumento terapêutico que duplica a chance de êxito. (FERREIRA, 2007).

Os métodos de tratamento preconizados como primeira linha são a terapia de reposição de nicotina, a utilização de bupropiona e a terapia cognitivo-comportamental em grupo ou individual. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 1996; BRASIL, 2001; MARQUES *et al*., 2001).

O uso de medicamentos é um recurso adicional no tratamento do tabagismo quando a abordagem comportamental é insuficiente, pela presença de comorbidades psiquiátricas ou quando o grau de dependência à nicotina é elevado. Os fármacos com evidências de eficácia são classificados em nicotínicos e não nicotínicos. A terapia

de reposição de nicotina (TRN), a bupropiona e a vareniclina são consideradas de primeira linha, enquanto que a nortriptilina e a clonidina são os fármacos de segunda linha no tratamento. (REICHERT *et al.*, 2008).

Os médicos, além da intervenção breve para cessar o consumo do tabaco, podem oferecer os tratamentos farmacológicos que não tenham contraindicação, sumarizados no quadro 19:

VANTAGENS	DESVANTAGENS	CONTRAINDICAÇÕES
Bupropiona: 150mg por 3 dias e após, 300mg por dia por 12 semanas. Fácil de usar. Começar 1 a 2 semanas antes de cessar o consumo.	Pode causar insônia, boca seca, dor de cabeça, tremores, náuseas, ansiedade.	Gravidez categoria B: Evitar em pacientes epiléticos, com bulimia e anorexia, história de trauma cerebral e em uso de antidepressivos IMAO.
Goma de nicotina para pacientes que fumam cerca de 15 cigarros por dia. Uma goma de 2mg a cada 1 ou 2 horas.	Nenhuma comida ou bebida antes de 15 minutos de uso. Pode causar dor mandibular e dispepsia.	Gravidez categoria D: Evitar em pacientes com problemas dentais ou da articulação temporomandibular.
Adesivo de Nicotina com mais de 10 cigarros por dia: utilizar adesivo de 21 a cada 24 horas por 6 a 8 semanas; abaixo de 10 cigarros, 14mg cada 24 horas por 2 a 4 semanas e após, 7mg cada 24 horas por 24 semanas.	Pode causar irritação de pele ou problemas de sono.	Gravidez categoria D: Precauções com problemas cardiovasculares.

Quadro 19 — Intervenções farmacológicas que facilitam cessar o tabaco.
Fonte: (OKUYEMI; NOLLEN; AHLUWALIA, 2006).

Por envolver vários fatores, o tratamento da dependência da nicotina deve ter sua escolha baseada em eficácia, segurança, perfil dos efeitos colaterais, custo, tratamentos anteriores e gravidade do caso. Além disso, fundamental levar em consideração a situação econômica e a motivação do paciente. (GIGLIOTTI; OLIVEIRA; LARANJEIRA, 2006).

TERAPIAS DE REPOSIÇÃO DE NICOTINA

A terapia de reposição de nicotina pode ser usada como abordagem de primeira linha para qualquer pessoa que deseje parar de fumar, e é eficaz no alívio dos sintomas de abstinência. Existem cinco formas aprovadas pelo FDA: adesivo, goma, pastilha, *spray* nasal e inalador. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

As terapias de reposição de nicotina através da goma de mascar e do adesivo transdérmico foram indicadas nos atendimentos individuais para aliviar a síndrome de abstinência e facilitar a abordagem cognitivo-comportamental. As situações potenciais para a utilização do apoio medicamentoso são: pacientes que fumam 20 ou mais cigarros por dia; pacientes que fumam o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia; pacientes com Teste de Fagerström igual ou maior que 5; pacientes que tentaram parar com abordagem cognitivo-comportamental e não conseguiram devido a sintomas de abstinência insuportáveis e por não haver contraindicações clínicas. As contraindicações e precauções de reposição de nicotina eram: gravidez, menores de 18 anos, amamentação, história de úlcera péptica, passado de infarto do miocárdio, angina, arritmia cardíaca, derrame cerebral. (BRASIL, 2001).

Várias metanálises apontam a reposição de nicotina como sendo eficaz no tratamento do tabagismo, uma vez que ela duplica as taxas de sucesso tanto de terapias breves quanto de abordagens intensivas e, até mesmo, quando usada sem acompanhamento clínico. (FERREIRA, 2007).

BUPROPIONA

A bupropiona é um antidepressivo que tem como mecanismo de ação inibir a recaptação de dopamina e noradrenalina no sistema nervoso central.

A associação da terapia de reposição de nicotina com a bupropiona foi utilizada em alguns fumantes, resultando em um

aumento da efetividade na cessação do uso do tabaco, quando comparada ao uso de bupropiona isoladamente. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 1996).

A bupropiona deverá ser iniciada uma semana antes de cessar o consumo. A dose inicial é de 150 mg/dia até o terceiro dia, passando para 300 mg/dia por 12 semanas. O mecanismo de ação é mediado pela noradrenalina e pela dopamina, agindo diretamente na diminuição da fissura ou *craving*. As contraindicações são: pessoas epiléticas, uso concomitante de compostos contendo bupropiona, retirada recente de álcool, traumatismo cranioencefálico, uso concomitante de inibidores da monoaminoxidase e transtornos alimentares. (MARQUES *et al.*, 2001).

A associação da terapia de reposição de nicotina com a bupropiona ou nortriptilina tem resultado em um aumento da efetividade na cessação do uso do tabaco, quando comparada ao uso de antidepressivos isoladamente. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*,1996).

A bupropiona está indicada para adultos que consomem 15 cigarros ou mais ao dia. Para fumantes com depressão, a indicação fica mais interessante e precisa. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 1996; BRASIL, 2001; MARQUES *et al.*, 2001).

NORTRIPTILINA

A nortriptilina tem um mecanismo de ação de inibir a recaptação de noradrenalina e dopamina no sistema nervoso central, reduzindo os sintomas depressivos e os efeitos da síndrome de abstinência da nicotina.

A nortriptilina tem eficácia no tratamento para a dependência de nicotina; entretanto, dado o número de outros tratamentos disponíveis cujos resultados têm boa validação, essa droga deve ser considerada como terapia de segunda linha. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

CLONIDINA

A clonidina alivia os sintomas de abstinência como irritabilidade, cansaço e fissura, quando utilizada na dose de 0,1 até 0,75mg por dia, por aproximadamente três semanas. (GIGLIOTTI; OLIVEIRA; LARANJEIRA, 2006).

VARENICLINA

A vareniclina é um agonista parcial do receptor nicotínico $\alpha 4\beta 2$ de acetilcolina, e seu mecanismo de ação é o de abrandar a urgência de fumar e os efeitos de reforço do tabagismo. (KEATING; SIDDIQUI, 2006). O desenvolvimento da vareniclina foi baseado no alcaloide citisina, que ocorre naturalmente e havia mostrado efeito agonista parcial para os receptores colinérgicos $\alpha 4\beta 2$, tendo sido considerada uma droga eficaz, segura e bem tolerada nas doses recomendadas para os pacientes em processo de cessação do tabagismo. (REICHERT *et al.*, 2008).

Os agonistas parciais $\alpha 4\beta 2$ de acetilcolina poderiam estimular a liberação de dopamina suficiente para reduzir o desejo e a abstinência enquanto, simultaneamente, agiriam como antagonistas parciais por meio de bloqueio de ligação e dos consequentes efeitos de recompensa da nicotina consumida antes do cigarro.

A vareniclina foi significativamente mais eficaz do que placebo para parar de fumar. Nos fumantes que conseguiram abstinência por, pelo menos, sete dias no final do tratamento de 52 semanas, o índice de abstinência da vareniclina foi quase 2,5 vezes o de placebo, apresentou-se similar em homens e mulheres e se manteve até de 24 a 52 semanas. (GONZALES *et al.*, 2006). Em um estudo clínico randomizado, os fumantes que abandonaram o hábito tabagista com sucesso depois de receber esquema aberto com vareniclina por 12 semanas iniciais apresentaram um índice bastante menor de recaídas ao tomar vareniclina 1mg 2 vezes por dia, por mais 12 semanas, em comparação com quem tomou o placebo. (TONSTAD *et al.*, 2006).

PROPOSTA FUTURA: IMUNOTERAPIA

As vacinas contra a nicotina agem estimulando o sistema imunológico a produzir anticorpos específicos que se ligam com grande afinidade à nicotina no plasma e em líquidos extracelulares.

A nicotina, ao ligar-se aos anticorpos, não consegue atravessar a barreira hematoencefálica devido ao seu tamanho, e assim se rompe o círculo vicioso da gratificação produzida no nível cerebral. (REICHERT *et al.*, 2008).

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, Washington, v.151, p. 1-31, 1996.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV-TR. 4.ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003.

________. *Diretrizes par o tratamento de transtornos Psiquiátricos compêndio 2006*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Abordagem e tratamento do fumante*. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

FERREIRA, M. P. Tabagismo. *In*: LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. *Psiquiatria Básica*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

GIGLIOTTI, A.; OLIVEIRA, C.; LARANJEIRA, R. Atualização no tratamento farmacológico do tabagismo. In: GIGLIOTTI, A.; PRESMAN, S. *Atualização no tratamento do tabagismo.* Rio de Janeiro: ABPSaúde,2006.

GONZALES, D. *et al.* Varenicline an α4β2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained –release bupropion and placebo for smoking cessation : a randomized controlled trial. *JAMA*, [s.l.], v.296, p..47-55, 2006.

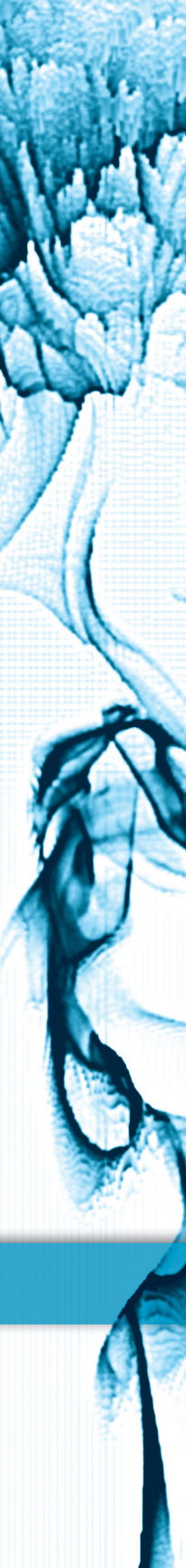
KEATING, G. M.; SIDDIQUI, M. A. Varenicline: a review of its Use as an aid to smoking cessation therapy. *Drugs*, New York, v. 20, n. 11, p.945-960, 2006.

MARQUES, A. C. P. R. *et al*. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 200-214, 2001.

OKUYEM, K. I.; NOLLEN, N.; AHLUWALIA, J. Interventions to facilitate Smoking Cessation. *American Family Physician*, v.74, p.262-71, 2006.

REICHERT, J. *et al*. Diretrizes da SBPT – Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. *J Bras Pneumol*. [s.l.], v. 34, n. 10, p. 845-8, 2008.

STAHL, S. *Psicofarmacologia:* Base neurocientífica e aplicações práticas. 2.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

TONSTAD, S.; TONNRDRN, P.; HAJEK, P.; WILLIAM, K.; BILING, C.; REEVES, K. Effect of varenicline on smoking cessation. *JAMA*, [s.l.], v.296, p.64-71, 2006.

1
2
3
4
5
6
7
8
9

10 Tratamento Analítico-Comportamental do Tabagismo

Tratamento Analítico-Comportamental do Tabagismo

Maria Luiza Marinho-Casanova
Juliana Acciolly Gavazzoni

10

BREVE HISTÓRICO SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DA TERAPIA ANALÍTICO–COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TABAGISMO

A influência da terapia analítico-comportamental em tratamentos do tabagismo pode ser observada desde as primeiras intervenções psicoterapêuticas destinadas à cessação do fumar, as quais surgiram nos anos de 1960. De acordo com Becoña (1998), muitas dessas intervenções foram elaboradas a partir das técnicas de terapia e modificação do comportamento.

No início, houve um predomínio de procedimentos aversivos tais como: fumar rápido, saciação e choque elétrico. (POWELL; AZRIN, 1968; GRIMALDI; LICHTENSTEIN, 1969; LICHTENSTEIN, *et al.*, 1973; DERICCO; BRIGHAM; GARLINGTON, 1977; ERICKSON, *et al.*, 1983; TIFFANY; MARTIN; BAKER, 1986). Esses procedimentos são considerados aversivos porque produzem um pareamento entre o cigarro e estímulos que podem adquirir função aversiva, tais como o choque elétrico, náuseas e tontura. (HAJEK; STEAD, 2006). Nas técnicas de fumar rápido e saciação, o objetivo é produzir sintomas tóxicos tolerados da nicotina, como náusea e vertigem, e fazer com que esses sintomas adquiram uma função punitiva em relação ao comportamento de fumar. Na técnica de fumar rápido, por exemplo, esses sintomas tóxicos são produzidos fazendo com que o fumante aspire a fumaça do cigarro a cada seis segundos, enquanto que na saciação, o fumante deve dobrar a quantidade de cigarros fumados diariamente. Já no procedimento que utiliza choque elétrico, o cigarro é pareado com uma descarga elétrica, a qual também se espera que adquira uma função punitiva.

Alguns fatores negativos do uso desses procedimentos foram observados ao longo dos anos. Um deles se refere ao prejuízo à saúde que essas técnicas podem produzir em fumantes com doenças coronarianas ou outras doenças. (LAW; TANG, 1995). Além disso, existem alguns problemas metodológicos quando se discute a eficácia dessas técnicas. De acordo com uma revisão sobre procedimentos aversivos para cessar o comportamento de fumar realizada por Hajek e Stead (2006), 25 estudos foram encontrados e apenas um utilizou uma medida bioquímica[1] para avaliar a abstinência dos participantes, em contraste com medidas de relatos verbais utilizadas nos estudos restantes. Segundo os autores, esse estudo, que utilizou uma medida bioquímica, não apresentou resultados significativos.

Outra técnica utilizada na cessação do fumar que obteve críticas em relação à sua eficácia foi o manejo de gratificação monetária contingente ao parar de fumar. (CORBY *et al.*, 2000; LAMB *et al.*, 2005; STITZER *et al.*, 1986; STITZER; BIGELOW, 1984; WISEMAN; WILLIAMS; MCMILLAN, 2005). O objetivo principal desse procedimento é oferecer dinheiro quando o fumante reduz seu consumo de cigarros. A maioria dos estudos tem realizado a verificação do consumo de tabaco através da avaliação do monóxido de carbono (CO). Dessa forma, são realizadas avaliações diárias e, quando o fumante apresenta uma diminuição nos valores de CO, recebe o dinheiro imediatamente após a obtenção da medida. Normalmente, esse tipo de procedimento utiliza esquemas de reforçamento para realizar o pagamento, nos quais os valores monetários vão sendo aumentados no decorrer da intervenção, mas podem voltar aos valores iniciais, caso o fumante apresente um aumento nos valores de CO. As críticas em relação ao manejo de gratificação monetária contingente ao parar de fumar se referem aos resultados que essa técnica vem apresentando. O que se observa, na maioria dos estudos que utilizam esse tipo de procedimento, é uma

---

[1] As medidas bioquímicas que vêm sendo utilizas na maioria das avaliações do consumo de cigarro são: da cotinina e do monóxido de carbono. A cotinina é o principal metabólico da nicotina e pode ser obtida através do sangue, saliva ou urina. O monóxido de carbono é um dos componentes liberados pela combustão do cigarro e pode ser medido através do ar exalado.

redução dos valores de CO durante a fase de intervenção e o retorno aos níveis inicias de CO após o término da intervenção.

Os pesquisadores que utilizam esse procedimento relatam que o objetivo principal de seus estudos não é descobrir um tratamento para a cessação do tabagismo, e sim investigar os efeitos a curto prazo do manejo contingente no comportamento de fumar. No entanto, avaliar um procedimento que irá ter efeitos prováveis apenas a curto prazo parece não oferecer muita utilidade para uma população que sofre de um grave problema de saúde. (GAVAZZONI; MARINHO; BRANDENBURG, 2007). De acordo com a APA (1996), o uso de contratos de contingência que procuram reforçar a abstinência de cigarros com um presente ou outro prêmio, ou então punir o consumo pela aplicação de alguma multa ou pela retirada de algum incentivo, não apresentou evidências de eficácia.

Enquanto as técnicas com procedimentos aversivos e manejo contingente ao parar de fumar foram se mostrando ineficazes na cessação do fumar, outras estratégias foram se apresentando muito eficientes, principalmente aquelas elaboradas a partir do enfoque comportamental. Entre essas estratégias encontram-se o automonitoramento, o controle de estímulos, o *feedback*, o relaxamento e o treino assertivo. O que se observa, nas últimas décadas, é o uso combinado dessas estratégias em um mesmo tratamento, o qual tem sido denominado de programa multicomponente. (AMERICAN LUNG ASSOCIATION, 2007; BECOÑA, 1993; BRASIL, 2001; NACIONAL CÂNCER INSTITUTE, 2002; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2000). Esses programas vêm sendo utilizados sozinhos ou associados ao uso de medicações.

ESTRATÉGIAS E TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS UTILIZADAS EM PROGRAMAS MULTICOMPONENTES

A seguir, serão comentadas cinco estratégias e técnicas comportamentais principais utilizadas em programas de intervenção multicomponente para a cessação do comportamento de fumar: automonitoramento, controle de estímulos, *feedback,* relaxamento e treino assertivo.

Automonitoramento

O automonitoramento tem sido utilizado, na maioria dos programas multicomponentes, através do autorregistro. Essa estratégia constitui-se na observação direta e no registro sistemático do comportamento de interesse. (REHM, 2007; RIMM; MASTERS, 1983). Podem ser registradas múltiplas dimensões do comportamento como a frequência, a quantidade, a duração ou a intensidade, dentre outras medidas. (RODRIGUES; BECKERT, 2004). No caso do registro do comportamento de fumar, cada cigarro consumido diariamente, assim como horários e situações relacionadas, são observados e registrados.

Um dos objetivos do autorregistro é proporcionar ao fumante um autoconhecimento do seu comportamento de fumar. Esse autoconhecimento ocorre quando o indivíduo reconhece situações ambientais que podem estar associadas ao comportamento de fumar. (REHM, 2007). Essas situações podem estar funcionando como antecedentes ou consequentes do ato de fumar, e o seu reconhecimento possibilita levantar hipóteses para a intervenção.

Essa associação entre situações ambientais e o comportamento de fumar tem sido denominada por alguns programas de tratamento como condicionamento psicológico ou dependência psicológica. Alguns programas apenas explicam o que é esse condicionamento ou dependência psicológica e apontam algumas situações comuns que são associadas ao fumar, tais como: tomar café ou bebidas alcoólicas; depois de comer; ao dirigir; ao ver televisão e ao falar ao telefone; entre outras. No entanto, só a explicação pode não ajudar o indivíduo a reconhecer as situações que controlam o próprio comportamento, assim como produzir alterações no ambiente que favoreçam a redução do fumar. Nesse sentido, o autorregistro torna-se uma estratégia eficiente, na medida em que cada fumante realiza registro e análise do próprio comportamento. As alterações no ambiente dependerão dessa análise sendo, dessa forma, diferentes para cada indivíduo.

Outro objetivo dessa estratégia refere-se ao seu efeito reativo, ou seja, o efeito que o ato de registrar tem sobre o comportamento que se está registrando. (RIMM; MASTERS, 1983). De acordo

com Rehm (2007), normalmente os comportamentos desejados aumentam e os comportamentos indesejáveis diminuem, quando são registrados. Segundo esse autor, supõe-se que os efeitos reativos do autorregistro acontecem porque fazem com que as consequências e os motivos para a mudança se destaquem mais.

Portanto, a estratégia de automonitoramento proporciona o autoconhecimento e a possibilidade de intervenção sobre o ambiente favorecendo, dessa forma, a redução do comportamento indesejável.

Controle de estímulos

O objetivo da estratégia de controle de estímulos é que o indivíduo reduza sua exposição a estímulos que podem estar associados ao comportamento problema. (RIMM; MASTERS, 1983). No caso do comportamento de fumar, o indivíduo pode evitar situações como: estar na presença de outros fumantes, consumir bebidas alcoólicas ou café, entre outras. Visto que alguns estímulos não podem ser evitados, também é discutida com o participante a adoção de respostas alternativas ou competitivas na presença de tais estímulos. Por exemplo, diante de situações que aumentem a probabilidade de se acender um cigarro, o fumante pode tomar água, fazer uma inspiração profunda, chupar uma bala, substituir o cigarro da mão por outro objeto, etc.

Além de ajudar na cessação do fumar, a técnica de controle de estímulos também tem sido utilizada na prevenção de recaída. Os mesmos direcionamentos, de evitar situações de alto risco e promover respostas alternativas, são utilizados nessa etapa do tratamento. Parece importante que, além do indivíduo conseguir parar de fumar, ele saiba como evitar que esse comportamento ocorra novamente, visto que a recaída pode ser um fator preditor do retorno ao consumo regular de cigarros.

Tanto as estratégias que envolvem a evitação de estímulos, quanto as que discutem respostas alternativas ou competitivas, contribuem para que o indivíduo altere seu ambiente, fique sob

controle de novos estímulos e, consequentemente, diminua a probabilidade do comportamento de fumar. Dessa forma, a técnica de controle de estímulos pode ser entendida como uma forma de ensino do autocontrole, ou seja, como o indivíduo pode emitir uma resposta que venha a controlar outra resposta de si próprio (Skinner, 1953). É importante ressaltar que, em um programa de autocontrole, tanto o controle de estímulos quanto o autorregistro são técnicas utilizadas.

Feedback

O *feedback* corresponde a informações fornecidas ao indivíduo com base no efeito de seu comportamento. (MIKULAS, 1977). Esse *feedback* pode ser fornecido tanto pelo ambiente, quanto por outra pessoa. Por exemplo, quando estamos dirigindo um carro e giramos o volante para virar à esquerda, recebemos um *feedback* visual do quanto o carro virou, ou seja, uma informação provinda do ambiente. No entanto, quando recebemos um "certo ou errado" de um professor, o *feedback* está sendo fornecido por outro indivíduo. Segundo Mikulas (1977), alguns possíveis efeitos do *feedback* incluem: 1) atuar como um reforço ou punição; 2) produzir consequências motivacionais, influenciando o esforço que uma pessoa dispende no trabalho ou metas que esta se propõe a atingir; 3) prover pistas acerca do comportamento apropriado que uma pessoa deverá apresentar.

Em programas de tratamento do tabagismo, o *feedback* vem sendo utilizado de diversas formas. Uma delas refere-se ao *feedback* fisiológico, no qual resultados de testes clínicos são informados ao indivíduo, tais como: o valor de monóxido de carbono no ar expirado e valores da cotinina na saliva, sangue ou urina. Outro tipo de *feedback* refere-se aos resultados obtidos em questionários como, por exemplo, o Teste de Fagërstrom, assim como informações acerca do custo que o fumante tem com os cigarros. Esses dados podem ser apresentados em gráficos e comparados com dados normativos. De acordo com Steinberg, Ziedonis, Krejci e Brandon (2004), o maior objetivo dessa técnica é criar uma discrepância entre o comportamento atual dos participantes e seus objetivos para o

futuro imediato. Essa discrepância pode contribuir como estímulo para a mudança e como pista do comportamento apropriado. Além disso, a informações dos valores fisiológicos podem funcionar como estímulos reforçadores, quando o indivíduo observa uma melhora nesses valores no decorrer do tratamento, ou como estímulos punitivos, quando uma piora é observada.

Outra forma de *feedback* refere-se a informações fornecidas ao indivíduo acerca do seu progresso no tratamento. Nesse caso, o próprio autorregistro ou uma representação gráfica do consumo diário de cigarros podem fornecer dados sobre a oscilação na quantidade de cigarros fumados, sendo que a diminuição funcionaria como um reforço, e o aumento, como uma punição.

Portanto, avalia-se que o *feedback* possa ser uma técnica útil em tratamentos de cessação do tabagismo, visto que os possíveis efeitos descritos acima, propostos por Mikulas (1977), podem ser observados na prática de intervenções para parar de fumar.

Relaxamento

As técnicas de relaxamento têm sido utilizadas em programas de tratamento do tabagismo visando à redução da ansiedade. De acordo com Wolpe (1976), os efeitos do relaxamento são opostos aos da ansiedade e, dessa forma, quando são contrapostos com estímulos desencadeadores de ansiedade, esta tende a diminuir. Sendo assim, além de ensinar as técnicas de relaxamento, parece importante avaliar as situações que estão desencadeando a ansiedade.

Dentre as técnicas de relaxamento utilizadas, encontram-se exercícios respiratórios, o relaxamento muscular e a técnica de visualização. Nas técnicas respiratórias, os exercícios de inspiração lenta e profunda e a respiração abdominal são os mais utilizados. No relaxamento muscular, a tensão e a distensão são trabalhadas através da contração e do relaxamento dos músculos. Na técnica de visualização, a imaginação de situações agradáveis é a atividade realizada.

Treino assertivo

O treino assertivo tem sido utilizado como forma de ensinar aos fumantes como enfrentar situações de conflito que podem desencadear o comportamento de fumar. O comportamento assertivo possui várias definições mas, resumidamente, se caracteriza pela capacidade de expressar os sentimentos e pensamentos, considerando os sentimentos do outro. Na definição de Lazarus (1972, p.53), por exemplo, "O comportamento assertivo se refere a uma expressão aberta e direta, honesta e apropriada do que uma pessoa sente e pensa". Para Rimm e Masters (1983), ser assertivo caracteriza-se por expressar de forma honesta e relativamente direta os pensamentos e sentimentos, ser socialmente apropriado e levar os sentimentos e bem-estar dos outros em consideração. O comportamento de asserção, geralmente, é modelado através do ensaio comportamental, ou seja, através da dramatização das respostas socialmente adequadas. O objetivo é que ocorra modificação na comunicação: de passiva ou agressiva para assertiva. (CABALLO, 1996). Observa-se, em alguns programas de tratamento, que apenas instruções ou vídeos modelos são utilizados.

APLICAÇÃO DE UM PROGRAMA COMPORTAMENTAL PARA A CESSAÇÃO DO FUMAR

A descrição do Programa Para Parar de Fumar, elaborado por Elisardo Becoña em 1993, na Espanha (BECOÑA, 1993, 1998), exemplificará a aplicação prática de um programa comportamental multicomponente. De acordo com Becoña (1998), esse tratamento tem demonstrado uma eficácia entre 58% e 85% de abstinência ao final do tratamento e de 38% a 54% no ano de seguimento.

O programa tem um formato de 6 sessões, que podem ser realizadas tanto em grupo quanto individualmente, e devem ocorrer uma vez por semana. As estratégias utilizadas nesse tratamento são: informação sobre o tabaco; *feedback* fisiológico; automonitoramento; controle de estímulos; estratégias para aliviar os sintomas da síndrome de abstinência; prevenção de recaída e

redução gradual do consumo de tabaco. A forma como as estratégias são aplicadas durante a intervenção será apresentada a seguir. A descrição detalhada dos objetivos e procedimentos de cada sessão segue no quadro 20.

O componente informativo tem como objetivo apresentar os componentes do tabaco, assim como os prejuízos que o cigarro pode causar à saúde. Para essas informações, são destinados apenas 5 minutos da primeira sessão e material impresso. O *feedback* fisiológico refere-se à informação dada a cada participante sobre o valor do monóxido de carbono medido naquela sessão. A avaliação do monóxido de carbono pode ser realizada em cada sessão, para que a diminuição dos valores funcione como um estímulo reforçador do seguimento do programa, assim como o aumento nos valores funciona como um desestímulo para o não cumprimento das tarefas.

O automonitoramento é realizado através do autorregistro e da representação gráfica. Para a realização do autorregistro, o participante é orientado a anotar diariamente, para cada cigarro consumido: horário, nível de prazer e situações associadas. A cada sessão, as anotações feitas durante a semana anterior são utilizadas para identificar as situações antecedentes e consequentes associadas com o fumar. Uma forma de facilitar a realização do autorregistro é oferecer as folhas de anotação em tamanho que possam ser dobradas e colocadas dentro da carteira de cigarro. Um exemplo de folha de autorregistro segue em anexo (Anexo 1).

Na representação gráfica, o participante deve anotar o número total de cigarros consumidos diariamente em um gráfico. Esse gráfico apresenta, no eixo x, o número de cigarros, e no eixo y, os dias do tratamento. O objetivo é possibilitar uma visão mais concreta do comportamento de fumar. Um exemplo de gráfico segue em anexo (Anexo 2).

A estratégia de controle de estímulos é utilizada a partir do conhecimento sobre as situações antecedentes associadas ao fumar. A cada semana, orienta-se que o participante escolha três situações antecedentes para deixar de fumar, e discute-se algumas respostas alternativas que podem ser aplicadas nesses momentos, assim como a necessidade de evitá-los, caso seja possível. Nas

estratégias para lidar com os sintomas da síndrome de abstinência e prevenção de recaída, a técnica de controle de estímulos também é utilizada, visto que o objetivo, nessas estratégias, é a realização de atividades concorrentes com o fumar, assim como a evitação de situações de risco. Para lidar com a síndrome de abstinência, por exemplo, o participante é orientado a realizar algumas atividades, tais como: beber bastante água; reduzir o consumo de álcool; reduzir o consumo de café; fazer mais exercício físico (caminhar, passear, visitar amigos); respirar profundamente; chupar balas ou chicletes sem açúcar; substituir o cigarro da mão por outro objeto e realizar atividades desejadas que sempre foram adiadas. Já a prevenção de recaída se refere a discussões de planos estratégicos para lidar com situações futuras que podem desencadear a "fissura" (desejo incontrolável de fumar). Dentre esses planos estratégicos encontram-se: remover-se de uma situação de alto risco, não aceitar oferecimentos de cigarros desde a primeira sessão e substituir o comportamento de fumar por comportamentos concorrentes.

A redução gradual do consumo de tabaco é iniciada trocando a marca de cigarro por outra que contenha menor teor de nicotina. A redução é de 30% no teor de nicotina por semana, até que uma marca com baixo teor (0,2mg ou 0,1mg de nicotina) seja alcançada. Nessa fase de redução, o participante deve calcular a média dos cigarros fumados na semana anterior e ter esse valor como o número máximo de cigarros para fumar na próxima semana. Isso é estabelecido para que não ocorra a compensação nicotínica, ou seja, diminuir a quantidade de nicotina do cigarro mas aumentar a quantidade de cigarros fumados. Após a troca de marcas, a quantidade de cigarros consumida é diminuída 30% por semana, até que ocorra a retirada total do cigarro. Outras estratégias ajudam a auxiliar na redução do consumo de tabaco, como por exemplo, diminuir a profundidade da inalação, levar o cigarro à boca apenas para fumar e reduzir a quantidade do cigarro fumado a cada semana (não fumar todo o cigarro).

SESSÕES/OBJETIVOS		PROCEDIMENTO
	1ª SESSÃO	
1	Informar sobre o tabagismo	Apresentar, sucintamente, dados objetivos sobre aspectos gerais do tabaco e suas consequências para a saúde. Proporcionar material escrito sobre essas informações.
2	Discutir sobre o comportamento de fumar e parar de fumar	Pedir para que o participante faça uma lista das razões a favor e contra fumar cigarros, no momento atual, e outra lista com as razões a favor e contra deixar de fumar cigarros, também no momento atual. Discutir as respostas após a conclusão da tarefa.
3	Analisar antecedentes e consequentes do comportamento de fumar	Explicar o que são antecedentes e consequentes do comportamento e pedir para que o participante descreva, com base na análise do autorregistro da semana anterior, os principais antecedentes e consequentes do seu comportamento de fumar. Discutir sobre as situações descritas pelos participantes.
4	Propor estratégias para reduzir a dependência fisiológica do cigarro	O participante deve trocar a marca do cigarro fumado para uma que contenha 30% menos nicotina, ou diminuir a quantidade de cigarros fumados em 30% em relação à média consumida na semana anterior, caso não exista uma marca com nível de nicotina inferior para fazer a troca. Caso faça a troca de marca, o participante não deve fumar mais do que a média consumida na semana anterior.
5	Propor estratégias para reduzir o consumo de cigarros	Orientar o participante a fumar um terço a menos do cigarro, contando desde o filtro; reduzir a profundidade da inalação; levar o cigarro à boca somente para fumá-lo e não aceitar cigarros oferecidos por outras pessoas.
6	Ensinar a fazer o gráfico dos cigarros consumidos diariamente	Esse gráfico apresenta, no eixo x, o número de cigarros e, no eixo y, os dias do tratamento. A cada dia, o participante deve anotar o número de cigarros consumidos através de um ponto na intersecção das linhas e, posteriormente, ligar esses pontos. Com isso, ele pode ter uma visão mais concreta de seu comportamento de fumar.
7	"*Feedback*" fisiológico	Relatar, para o participante, o resultado obtido na avaliação do monóxido de carbono.
	TAREFAS DE CASA	
1	Estabelecer comprometimento social	Pedir para que o participante comunique a pelo menos uma pessoa de seu empenho para deixar de fumar nos próximos 30 dias.
2	Fazer o autorregistro do comportamento de fumar durante a semana	Entregar sete folhas de autorregistro e pedir para os participantes anotarem as situações e horários dos cigarros consumidos diariamente.
3	Fazer o gráfico dos cigarros consumidos diariamente	A cada dia, o participante deve anotar o número de cigarros consumidos no gráfico.

Continua ▶

	2ª SESSÃO	
1	Revisar as tarefas da semana	Indagar sobre as atividades realizadas, avaliar as dificuldades encontradas e elogiar os objetivos alcançados.
2	Discutir sobre o efeito da troca de marca ou diminuição do cigarro	Verificar se houve participantes que apresentaram sintomas de síndrome de abstinência. Nesse caso, sugerir a diminuição de cigarros de forma mais lenta ou o uso das estratégias para aliviar os sintomas da abstinência.
3	Analisar antecedentes e consequentes do comportamento de fumar	Pedir para que o participante descreva, com base na análise do autorregistro da semana anterior, os principais antecedentes e consequentes do seu comportamento de fumar. Discutir sobre as situações descritas pelos participantes.
4	Propor estratégias para reduzir a dependência fisiológica do cigarro	*Idem* 1ª sessão.
5	Propor estratégias para reduzir o consumo de cigarros	Continuar com as estratégias estabelecidas na sessão anterior. No entanto, aumentar a parte do cigarro sem fumar, contando desde o filtro; se o participante possuir o hábito de fumar depois de almoçar ou depois de acordar, atrasar o cigarro 15 minutos, nessas situações.
6	Introduzir a técnica de controle de estímulos	Apresentar ao participante uma lista com as situações mais comuns nas quais as pessoas costumam fumar, e pedir para que ele escolha três situações em que considere mais fácil não fumar. Durante a próxima semana, o participante não poderá fumar nas situações escolhidas. Se a situação não estiver presente na lista, ele pode optar por qualquer outra que faça parte de sua rotina. Orientar o participante que, se houver muita dificuldade de não fumar em alguma situação, ele deve sair do ambiente escolhido e esperar 15 minutos para o uso. Discutir com os participantes sobre comportamentos alternativos e incompatíveis com o fumar que podem ser realizados nas situações escolhidas.
7	Propor estratégias para aliviar os sintomas da síndrome de abstinência	Entregar aos participantes uma lista com as principais estratégias para aliviar os sintomas da síndrome de abstinência, tais como: beber bastante água e sucos; reduzir o consumo de álcool e café; fazer atividade física; fazer inspirações profundas e depois expulsar lentamente o ar; chupar balas ou chicletes sem açúcar; substituir o cigarro da mão por outro objeto e realizar atividades prazerosas que sempre foram adiadas.
8	Avaliar a rede de apoio dos participantes	Discutir a tarefa realizada sobre contar para alguém que estão participando de um programa para parar de fumar. Analisar como foram as reações das pessoas e reações dos participantes frente às opiniões e sugestões do seu meio social.
9	"Feedback" fisiológico	*Idem* 1ª sessão.

Continua

	TAREFAS DE CASA	
1	Fazer o autorregistro do comportamento de fumar durante a semana	*Idem* 1ª sessão.
2	Fazer o gráfico dos cigarros consumidos diariamente	*Idem* 1ª sessão.
	3ª SESSÃO	
1	Revisar as tarefas da semana	*Idem* 2ª Sessão.
2	Discutir sobre o efeito da diminuição do cigarro na condição física	Nesse momento, os participantes já podem estar observando algumas melhoras nas condições físicas. Explicar que algumas sensações desagradáveis, como tosse e pigarro, também podem surgir, em consequência do organismo estar recuperando sua função de limpeza das vias aéreas.
3	Analisar antecedentes e consequentes do comportamento de fumar	*Idem* 2ª sessão.
4	Propor estratégias para reduzir a dependência fisiológica do cigarro	*Idem* 1ª sessão.
5	Propor estratégias para reduzir o consumo de cigarros	Continuar com as estratégias estabelecidas na sessão anterior. No entanto, a partir dessa semana, deixar a metade do cigarro sem fumar; aumentar o tempo sem fumar depois do almoço ou de acordar para 30 minutos e atrasar 15 minutos o cigarro após o jantar, café e ceia.
6	Técnica de controle de estímulos	Pedir para o participante escolher mais três situações para não fumar na próxima semana. Se algum participante não conseguiu cumprir essa atividade durante a anterior, este deverá permanecer com as mesmas situações já escolhidas na última sessão.
7	Discutir as estratégias para aliviar os sintomas da síndrome de abstinência	Verificar quais foram as estratégias escolhidas para aliviar os sintomas da síndrome de abstinência e se estas tiveram resultados. Propor que aplique as mesmas estratégias ou outras novas.
8	Discutir sobre a influência do meio social	Perguntar aos participantes se algum evento cotidiano, tal como programa de televisão ou matérias em revistas, afetou positiva ou negativamente o programa de que estão participando. Levantar uma discussão sobre os fatos.

Continua ▶

9	"Feedback" fisiológico	*Idem* 1ª sessão.
	TAREFAS DE CASA	
1	Fazer o autorregistro do comportamento de fumar durante a semana	*Idem* 1ª sessão.
2	Fazer o gráfico dos cigarros consumidos diariamente	*Idem* 1ª sessão.
	4ª SESSÃO	
1	Revisar as tarefas da semana	*Idem* 2ª sessão.
2	Analisar antecedentes e consequentes do comportamento de fumar	*Idem* 2ª sessão.
3	Planejar o processo de abandono do comportamento de fumar	Esse planejamento constitui-se em reduzir a quantidade de cigarros diariamente para que, no final da semana seguinte, não se fume nenhum cigarro. Esse procedimento só será iniciado pelos participantes que seguiram o programa de tratamento de modo apropriado, ou seja: que tenham deixado de fumar nas situações previstas; que efetuaram a mudança de marca ou a diminuição da quantidade de cigarros adequadamente; que tiveram poucos sintomas da síndrome de abstinência ou utilizaram estratégias adequadas para lidar com esses sintomas. Para aqueles participantes que não cumpriram os critérios descritos acima, a data de abandono será adiada para a sexta sessão. Para estes, a tarefa será diminuir 30 % a quantidade de cigarros fumados em relação à média da semana anterior.
4	Propor estratégias para reduzir o consumo de cigarros	Continuar com as estratégias estabelecidas na sessão anterior. No entanto, aumentar o tempo sem fumar depois do almoço ou de acordar para 45 minutos, e aumentar o tempo sem fumar após o jantar, café e ceia para 30 minutos.
5	Técnica de controle de estímulos	*Idem* 3ª sessão.
6	Ensinar como lidar com os impulsos para fumar	Explicar que o desejo incontrolável de fumar tende a diminuir de intensidade e frequência, com o passar do tempo. Orientar os participantes a utilizarem as mesmas estratégias, já expostas, para controlar os sintomas da síndrome de abstinência.
7	Diferenciar caída de recaída	A caída significa a ocorrência de um episódio isolado de consumo de cigarro, sem que a pessoa volte a fumar regularmente, enquanto ▶

Continua

7	Diferenciar caída de recaída (continuação)	►que a recaída, o retorno ao consumo regular de cigarros. Em um momento de caída, o participante deve ser orientado a refletir sobre os eventos antecedentes que o levaram a fumar e, assim, lembrar das técnicas já utilizadas para lidar com situações semelhantes, como por exemplo: sair do ambiente, fazer alguma outra coisa, etc. Informar que o segundo cigarro deve ser evitado, para que o processo de dependência não se desenvolva novamente, o que seria a recaída.
8	Discutir sobre problemas que podem surgir nessa altura do tratamento	Orientar o participante a como proceder diante de alguns problemas, tais como: estar mais lento do que o previsto; retroceder no programa; falta de motivação ou apoio social.
9	"Feedback" fisiológico	*Idem* 1ª sessão.
	tarefas de casa	
1	Fazer o autorregistro do comportamento de fumar durante a semana	*Idem* 1ª sessão.
2	Fazer o gráfico dos cigarros consumidos diariamente	*Idem* 1ª sessão.
	5º e 6ª SESSÃO	
	Os objetivos dessas sessões dependem da fase em que se encontra o participante. Para aqueles que deixaram de fumar na quinta sessão, o tratamento praticamente termina nesse encontro, e a sexta sessão servirá como um encontro adicional de reforço. Para aqueles que não atingiram todos os objetivos propostos e ainda não estão abstinentes, a quinta sessão será utilizada para planejar o abandono do cigarro e o tratamento se encerrará na sexta sessão. Estes participantes devem repetir as atividades indicadas na 4ª sessão. Serão descritos, a seguir, os objetivos da sessão para quem já parou de fumar.	
1	Revisar as tarefas da semana	*Idem* 2ª sessão.
2	Discutir sobre os resultados do programa e planejamento futuro	Indagar ao participante sobre sua experiência de abandono do cigarro, as consequências positivas e negativas que considera ao ter deixado de fumar, os benefícios observados até o momento e suas expectativas sobre o futuro como um não fumante. Revisar as técnicas aprendidas durante o programa e orientar para que o participante as coloque em prática no futuro.
3	Informar sobre sensações físicas que podem ocorrer nas primeiras semanas sem nicotina	Explicar que os participantes podem sentir a boca seca ou o sabor da nicotina na boca, em função da eliminação da substância através da saliva. Além disso, revisar as estratégias já expostas para lidar com a vontade incontrolável de fumar.

Continua ►

4	Discutir algumas regras inadequadas em relação à cessação do tabagismo	Algumas regras inadequadas sobre o abandono de cigarros devem ser expostas, tais como: ao deixar de fumar, a saúde piora; fica-se mais ansioso ou nervoso; ganha-se peso; fica-se agressivo; perde-se a concentração; se ocorre de fumar um cigarro, volta-se a ser fumante novamente. Discutir sobre a inadequação de cada uma das regras.
5	*"Feedback"* fisiológico	*Idem* 1ª sessão.

Quadro 20 — Descrição das sessões do programa comportamental para cessar o comportamento de fumar, adaptado de Becoña (1993, 1998).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre a contribuição da terapia analítico-comportamental no tratamento do tabagismo, observa-se que, desde a década de 1960, várias técnicas comportamentais têm sido empregadas e avaliadas. Desde essa época até o momento atual, estudos e pesquisas demonstraram a eficácia de algumas técnicas. Observa-se que procedimentos aversivos e contratos de contingência, por exemplo, se apresentaram ineficazes ao longo do tempo, enquanto que os tratamentos multicomponentes, que utilizam várias técnicas, ofereceram os melhores resultados na cessação do fumar.

Entre as diversas técnicas comportamentais utilizadas nos programas multicomponentes, encontram-se o automonitoramento, o controle de estímulos, *feedback*, o relaxamento e o treino assertivo. Estudos que avaliam a eficácia de apenas uma técnica não são encontrados na literatura e, dessa forma, existe uma dificuldade em avaliar a contribuição de cada uma delas isoladamente. Neste sentido, a avaliação de estratégias isoladas pode contribuir em estudos de tratamento do tabagismo.

Em relação aos resultados que os programas multicomponentes vêm obtendo na cessação do fumar, observa-se que intervenções realizadas pessoalmente, tanto em grupo quanto individualmente, têm apresentado melhores resultados do que as intervenções realizadas a distância. No entanto, a implementação de programas que atinjam grande parte da comunidade implica abandonar uma perspectiva predominante clínica para uma perspectiva de saúde pública.

REFERÊNCIAS

AMERICAN LUNG ASSOCIATION. Freedom from Smoking Online. [on line]. Recuperado em 2007. Disponível em: <http://www.lungusa.org/site/pp.aspx?c=dvLUK9O0E&b=22933>. Acesso em: 05 maio 2010.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1996). Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. [on line]. 1996. Disponível em: <http://www.psych.org/archives/clin_res/pract_guide/nicotine/pg_nicotine.cfm?pf=y.>. Acesso em: 05 maio 2010.

BECOÑA, E. I. Programa para deixar de fumar. Santiago de Compostela: Servicio de Publicacíons e Intercambio Científico, 1993.

________. Tratamiento del tabaquismo. *In*: CABALLO, V. E. (org), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los transtornos psicológicos,* México: Siglo Veintiuno de Espana, 1998. p.123-160, v.2.

CABALLO, V. E. O treinamento em habilidades sociais. *In*: . *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento,* São Paulo: Editora Santos, 1996. p.361-398.

CORBY, E. A. *et al*. Contingency management interventions for treating the substance abuse of adolescents: a feasibility study. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, [s.l.], v.8, n.3, p.371-376, 2000.

DERICCO, D. A.; BRIGHAM, T. A.; GARLINGTON, W. K. Development and evaluation of treatment paradigms for the suppression of smoking behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis,* [s.l.], v.10, n.2, p.173-181, 1977.

ERICKSON, L. M. *et al*. Aversive smoking therapies: A conditioning analysis of therapeutic effectiveness. *Behavior Research and Therapy*, [s.l.], v.21, n.6, p.595-611, 1983.

GAVAZZONI, J. A.; BRANDENBURG, O. J.; MARINHO, M. L. Programas de intervenção para cessar o comportamento de fumar cigarros: resultados de pesquisas. Em: R. R. Starling, *Sobre o comportamento e cognição* (274-284). São Paulo: Esetec, 2007.

GRIMALDI, K. E.; Lichtenstein, E. Hot, smoky air as an aversive stimulus in the treatment of smoking. Behavior Research and Therapy, v.7, n.3, p.275-282, 1969.

HAJEK, P.; Stead, L. F. Aversive smoking for smoking cessation. [on line]. Disponível em: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000546.html>. Acesso em: 05 maio 2006.

LAMB, R. J. *et al*. Shaping reduced smoking in smokers without cessation plans. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, [s.l.], v.13, n.2, p.83-92, 2005.

LAW, M.; TANG, J. L. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Archives of Internal Medicine,* [s.l.], v.155, n.18, p.1933-1941, 1995.

LAZARUS, A. A.; (1972/1979). A entrevista inicial. 2.ed. In: ________. *Terapia comportamental na clínica*. Belo Horizonte: Interlivros, 1972, p. 41-60.

LICHTENSTEIN, E. *et al*. Comparison of rapid smoking, warm smoky air, and attention placebo in the modification of smoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* [s.l.], v.40, n.1, p.92-98. 1973.

MIKULAS, W. L. Técnicas de modificação do comportamento. M.T.B.P. Vieira, Trad. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1977.

BRASIL. Ministério da saúde, INCA, & CONPREV (2001). *Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco - brasil*. [on line]. Recuperado em 2007. Disponível em: www.inca.gov.br/tabagismo/publicações/estratégias.pdf

NACIONAL Câncer Institute. Guía para dejar de fumar. [on line]. 2002. Disponível em: <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/Spanish_Smoking_book.pdf>. Acesso em: 05 maio 2006.

POWELL, J.; AZRIN, N. The effects of shock as a punisher for cigarette smoking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, [s.l.], v.1, n.1, p.63-71, 1968.

REHM, L. P. Métodos de autocontrole. 3.ed. *In*: CABALLO, V. E. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos, 2007. p. 581-605.

RIMM, D.; MASTERS, J. *Terapia comportamental*. 2.ed. São Paulo: Manole, 1983.

RODRIGUES, Josele Abreu; BECHERT, Marcelo Emilio. Autocontrole: pesquisa e aplicação. *In*: Abreu, Cristiano Nabuco de; Guilhardi, Hélio José (Org). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas*. São Paulo Editora Roca, 2004. cap. 22, p.259-274.

SKINNER, B. F. Autocontrole. 11.ed. *In*: ______. *Ciência e comportamento humano*. Trad. J. C. Todorov. São Paulo: Martins Fontes. 2003. p.249-264.

STEINBERG, M. L. *et al*. Motivational interviewing with personalized feedback: a brief intervention for motivating smokers with schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, [s.l.], v.72, n.4, p.723-728, 2004.

STITZER, M. L.; BIGELOW, G. E. Contingent reinforcement for carbon monoxide reduction: within-subject effects of pay amount. *Journal of Applied Behavior Analysis*, [s.l.], v.17, n.4, p.477-483, 1984.

________. *et al*. Contingent payment procedures for smoking reduction and cessation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, [s.l.], v.19, n.2, p.197-202, 1986.

TIFFANY, S. T.; MARTIN, E. M.; BAKER, T. B. Treatments for cigarette smoking: an evaluation of the contributions of aversion and counseling procedures. Behavior Research and Therapy, v.24, n.4, p.437-452, 1986.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. (2000). You can quit smoking. [on line]. Recuperado em 2007. Disponível em: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/quits.pdf

WISEMAN, E. J.; WILLIAMS, D. K.; MCMILLAN, D. E. Effectiveness of payment for reduced carbon monoxide levels and noncontingent payments on smoking behaviors in cocaine-abusing outpatients wearing nicotine or placebo patches

. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, [s.l.], v.13, n.2, p.102-110, 2005.

WOLPE, J. Dessenssibilização sistemática. 4.ed. *In*: ______. *Prática da terapia comportamental*. São Paulo: Brasiliense. 1981. p.112-162.

ORGANIZADORES

SANDRA ODEBRECHT VARGAS NUNES

Médica psiquiatra, graduada em medicina pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Paraná (Brasil); especialista em psiquiatria pela Universidade Complutense de Madrid (Espanha); especialista em psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria; especialista em criminologia pela Universidade Estadual de Londrina; professora do Departamento de Clínica Médica, na disciplina Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Estadual de Londrina; mestre em medicina interna pela Universidade Estadual de Londrina; doutora em medicina e ciências da saúde pela Universidade Estadual de Londrina.

MÁRCIA REGINA PIZZO DE CASTRO

Enfermeira, graduada em enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina; responsável pelo Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Fumante da Universidade Estadual de Londrina; especialista em metodologia do ensino, pesquisa e assistência de enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina; especialista em educação profissional na área de saúde: enfermagem, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca em parceria com a Universidade Estadual de Londrina; especialista em enfermagem do trabalho pela Faculdade de Apucarana; mestre em medicina e Ciências da Saúde, pela Universidade Estadual de Londrina e doutoranda em Ciências da Saúde.

AUTORES

CARLOS ROBERTO DE SOUZA

Psicólogo graduado pelo CESULON/Universidade Filadélfia de Londrina (UNIFIL), Londrina, Paraná (Brasil); especialista em terapia cognitiva pelo Instituto de Terapia Cognitiva Dra. Ana Maria Serra, de São Paulo (Brasil); psicólogo hospitalar e psicólogo de trânsito pelo Conselho Regional de Psicologia da 8ª Região: coordenador do PROGRAMA PARE, Prevenção e Assistência ao Alcoolista-Reintegração e Educação; psicólogo do Hospital Universitário/Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina; presidente do COMAD.

DAVID ROBERTO DO CARMO

Enfermeiro psiquiátrico, graduado em enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina; professor associado de Enfermagem Psiquiátrica da Universidade Estadual de Londrina; mestre em enfermagem pela Universidade Ribeirão Preto (Brasil); doutor em enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo/USP (Brasil).

HEBER ODEBRECHT VARGAS

Médico psiquiatra, graduado em medicina pela Universidade Estadual de Londrina; especialização em psiquiatria pela Universidade Complutense de Madrid; especialista em psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria; professor de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Estadual de Londrina; doutorando em Ciências da Saúde, pela Universidade Estadual de Londrina.

JULIANA ACCIOLY GAVAZZONI

Psicóloga, graduada em psicologia pela Universidade Tuiuti do Paraná (Brasil); especialização em psicoterapia comportamental e cognitiva pelo Centro Universitário Positivo, Paraná (Brasil);

mestre em análise do comportamento pela Universidade Estadual de Londrina.

LUCIANA VARGAS ALVES NUNES

Médica psiquiatra, graduada em medicina pela Universidade de Marília, São Paulo (Brasil); especialista em psiquiatria pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, em São Paulo (Brasil); especialista em geriatria psiquiátrica pela Universidade Federal de São Paulo, em São Paulo (Brasil), especialista em psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria; especialista em terapia cognitiva comportamental pela Universidade de São Paulo; mestre em psiquiatria pela Universidade Federal de São Paulo; doutoranda em psiquiatria pela Universidade Federal de São Paulo.

MÁRCIA REGINA PIZZO DE CASTRO

Enfermeira, graduada em enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina; responsável pelo Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Fumante da Universidade Estadual de Londrina; especialista em metodologia do ensino, pesquisa e assistência de enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina; especialista em educação profissional na área de saúde: enfermagem, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca em parceria com a Universidade Estadual de Londrina; especialista em enfermagem do trabalho pela Faculdade de Apucarana; mestre em Medicina e Ciências da Saúde, pela Universidade Estadual de Londrina e doutoranda em Ciências da Saúde.

MARIA LUIZA MARINHO-CASANOVA

Psicóloga, graduada em psicologia pela Universidade Estadual de Londrina; docente do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina; doutora em psicologia clínica pela Universidade Estadual de São Paulo; pós-doutorado em psicologia clínica pela Universidade de Granada (Espanha).

MARIA MADALENA BATISTA DE SOUZA LANSSONI

Psicóloga; responsável pelo Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Fumante do Centro de Saúde da 17ª Regional de Londrina.

MARIANE VARGAS NUNES NOTO

Médica, graduada pela Universidade Estadual de Londrina. Foi aluna do PIBIC (Bolsa de Iniciação Científica do CNPq) – Projetos de Pesquisa: "Avaliar a efetividade do tratamento de dependência do tabaco em relação aos fatores de risco"; "Avaliar as características psicossociais no final da adolescência e início da adultez"; residente de psiquiatria formada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP, Brasil), mestranda em psiquiatria pela UNIFESP.

MÁRIO SÉRGIO AZENHA DE CASTRO

Médico ginecologista e obstetra, graduado em medicina pela Universidade Estadual de Londrina; especialista em ginecologia e obstetrícia pela Universidade Estadual de Londrina; especialista em medicina geral e comunitária pela Universidade Estadual de Londrina.

REGINA CÉLIA BUENO MACHADO REZENDE

Enfermeira psiquiátrica, graduada em enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina; professora assistente de

Enfermagem Psiquiátrica da Universidade Estadual de Londrina; mestre em enfermagem pela Universidade São Paulo.

SANDRA ODEBRECHT VARGAS NUNES

Médica psiquiatra, graduada em medicina pela Universidade Estadual de Londrina; especialista em psiquiatria pela Universidade Complutense de Madrid; especialista em psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria; especialista em criminologia pela Universidade Estadual de Londrina; professora de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Estadual de Londrina; mestre em medicina interna pela Universidade Estadual de Londrina; doutora em medicina e ciências da saúde pela Universidade Estadual de Londrina.

Anexo 1

Folha de autorregistro

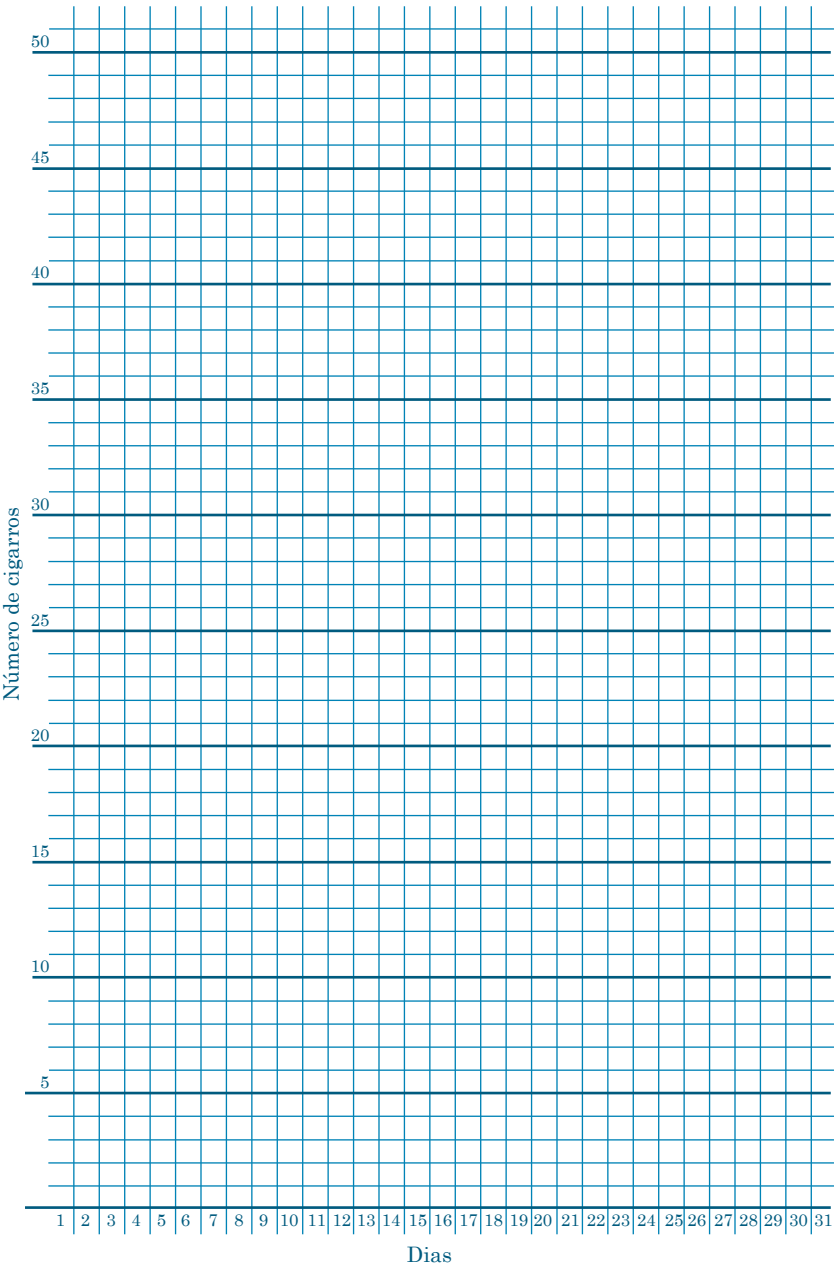
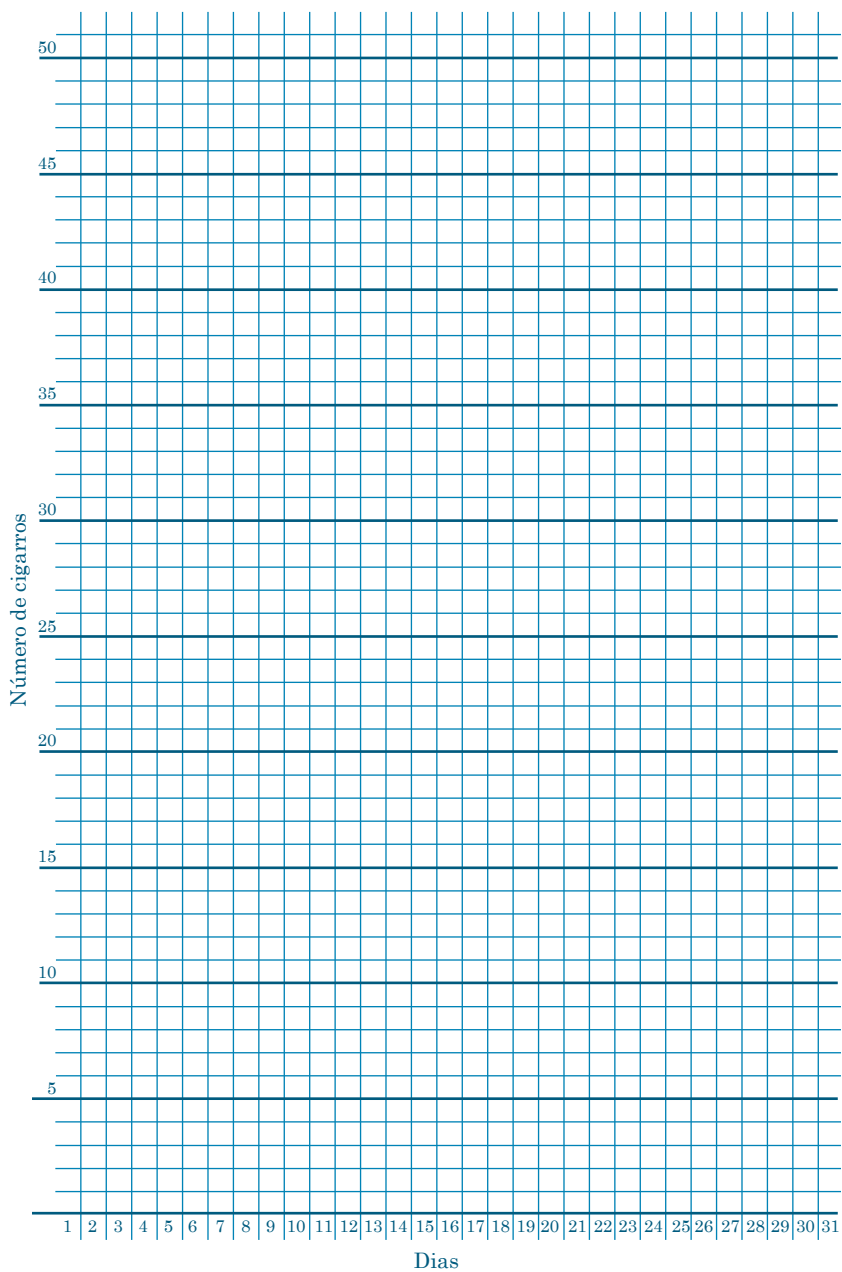
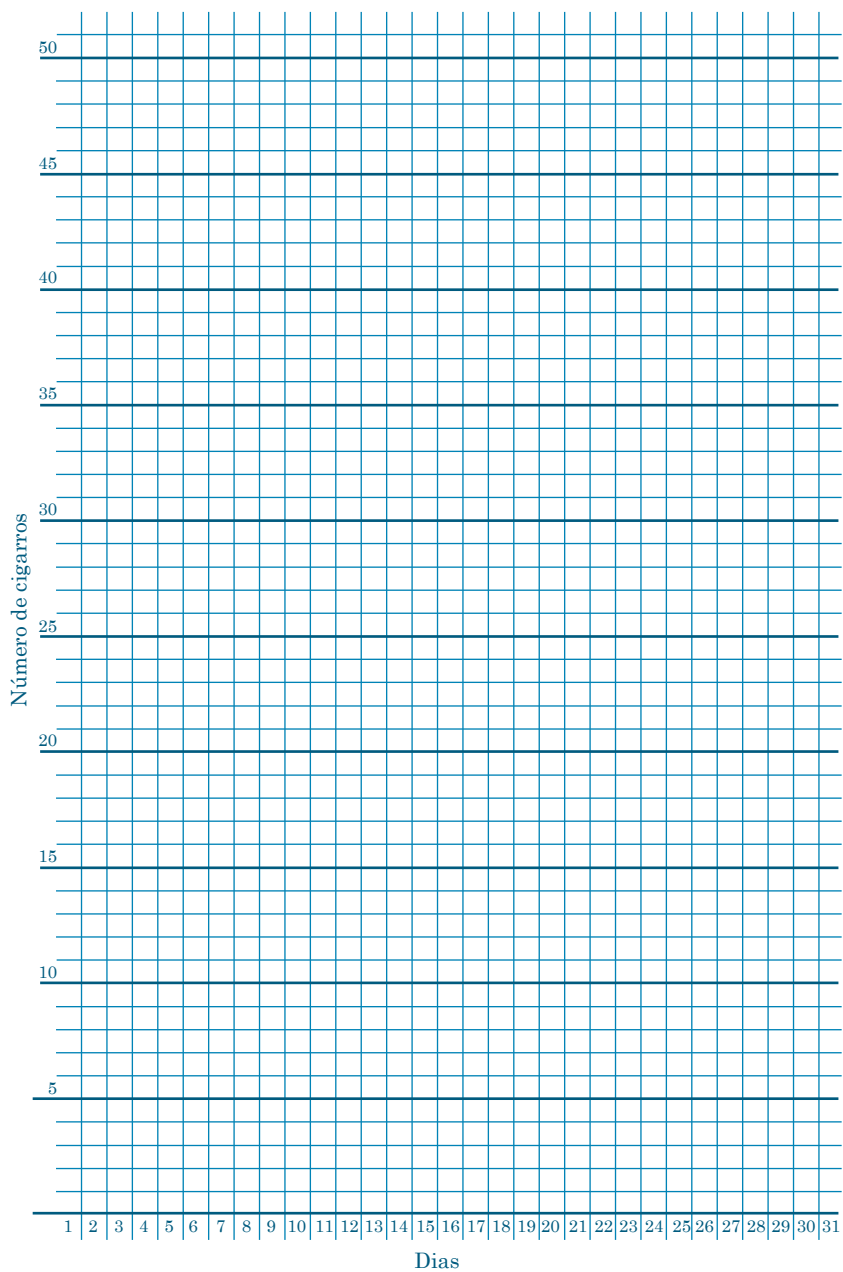
Cigarro	Hora	Prazer (0 a 10)	Situação
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Anexo 2

Gráfico para anotação do consumo diário de cigarros

Mês ______________________________

50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
Número de cigarros
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
Dias

Mês ______________________

50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
Número de cigarros
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
Dias

Mês ______________________________

Título	*Tabagismo*: Abordagem, prevenção e tramamento
Autor	Sandra Odebrecht Vargas Nunes Márcia Regina Pizzo de Castro (organizadores)
Capa, projeto gráfico e editoração	Marcelo Kioyassu Nakasse
Preparação de originais	Julia de Oliveira Cleto Rafael Silva Rodrigues
Normalização	Luiz Fernando de Oliveira
Revisão Final	Martha Augusta Corrêa e Castro Gonçalvez
Produção gráfica	Maria de Lourdes Monteiro
Texto de 4ª Capa	Maria Helena de Moura Arias
Divulgação	Carlos Alberto Cury Harfuch
Formato	16 x 23 cm
Tipografia	Century Schoolbook
Papel	Supremo 300 g/m² (capa) Offset 90 g/m² (miolo)
Número de Páginas	224
Tiragem	300 exemplares
Impressão	Midiograf